

Erwerbsminderung - Bedeutung und Vermeidung: Auszüge aus dem vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) geförderten Projekt 'Prävention und Rehabilitation zur Verhinderung von Erwerbsminderung' (PRVE)

Schian, Hans-Martin; Gagel, Alexander; Landau, Kurt; Laschet, Ulrich

Forschungsbericht / research report

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

SSG Sozialwissenschaften, USB Köln

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Schian, H.-M., Gagel, A., Landau, K., & Laschet, U. (2004). *Erwerbsminderung - Bedeutung und Vermeidung: Auszüge aus dem vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) geförderten Projekt 'Prävention und Rehabilitation zur Verhinderung von Erwerbsminderung' (PRVE)*. (Forschungsbericht / Bundesministerium für Arbeit und Soziales, F324). Köln: Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation (IQPR) GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln; Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-322796>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Erwerbsminderung

Bedeutung und Vermeidung

Auszüge aus dem vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale
Sicherheit (BMGS) geförderten Projekt ‚Prävention und Rehabilitation
zur Verhinderung von Erwerbsminderung‘ (PRVE).

Impressum

Der vorliegende Text stellt einen Auszug aus dem Forschungsvorhaben „*Prävention und Rehabilitation zur Verhinderung von Erwerbsminderung (PRVE)*“, das durch das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung bzw., nach der Neuordnung der ministeriellen Ressorts, durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung aus Mitteln der Ausgleichsabgabe gefördert wurde.

Projektleitung PRVE:

Dr. Hans-Martin Schian (IQPR)

Dr. Alexander Gagel (IQPR; Vorsitzender Richter am Bundessozialgericht a.D.)

Prof. Dr. Kurt Landau (Institut für Arbeitswissenschaft, Technische Universität Darmstadt)

Ulrich Laschet (Sozialverband VdK Deutschland e.V.)

Autorenteam:

Torsten Alles, Matthias Czarny, Sabine Dalitz, Thorsten Flach, Prof. Dr. Ingo Froböse, Dr. Alexander Gagel, Andreas Glatz, Dr. Jörn Greve, Christian Hetzel, Prof. Dr. Kurt-Alfons Jochheim, Harald Kaiser, Manuela Kersting, Prof. Dr. Kurt Landau, Matthias Mozdzański, Dr. Gisela Nellesen, Annette Röhrig, Dr. Karlheinz Schaub, Dr. Hans-Martin Schian, Christof Schmidt, Prof. Dr. Klaus Schüle, Andrea Sinn-Behrendt, Dr. Margit Weißert-Horn, Holger Wellmann, Gabriele Winter

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1 Einleitung.....	1
2 Erwerbsminderung.....	3
2.1 Erwerbsminderung – Ursachen und Prozesse	3
2.1.1 Begriffe der Arbeits-, Beschäftigungs- und Erwerbsfähigkeit	3
2.1.2 Erwerbsminderung als Phänomen.....	5
2.1.3 Berücksichtigung des sozialrechtlichen Hintergrundes	6
2.1.4 Prozesse der Erwerbsminderung	7
2.1.4.1 Konsequenzen einer systemanalytischen Betrachtungsweise	7
2.1.4.2 Adaptationsprozesse bei Krankheit/Behinderung.....	7
2.1.5 Ausblick auf Strategien zur Verhinderung von Erwerbsminderung	9
2.1.6 Das SGB IX und behinderte Menschen im Betrieb.....	11
2.1.7 Interviews mit EM-Antragstellern im Rahmen des PRVE-Projektes.....	18
2.1.7.1 Hintergrund	18
2.1.7.2 Erhebungsdesign.....	19
2.1.7.3 Ergebnisse.....	19
2.1.7.3.1 Allgemeines	20
2.1.7.3.2 Beratung vor EM-Antragstellung.....	20
2.1.7.3.3 Beratung während des EM-Verfahrens	22
2.1.7.3.4 Beratung nach dem EM-Verfahren	23
2.1.7.4 Fazit	24
2.2 Zahlen und Fakten zur Erwerbsminderung.....	25
2.2.1 Antragszugänge, Finanzvolumen und Bezugsdauer von Erwerbsminderungsrenten.....	25
2.2.2 Diagnosehauptgruppen bei Erwerbsminderungsrenten	27
2.2.3 Umsetzung des Grundsatzes ‚Reha vor Rente‘.....	29
2.3 Rechtliche Aspekte der Erwerbsminderung.....	31
2.3.1 Behinderung im Rentenrecht (Das Verhältnis von § 43 SGB VI zu § 2 SGB IX).....	32
2.3.2 Erwerbsminderung im Rentenrecht	33
2.3.2.1 Die Erwerbsminderung muss "auf nicht absehbare Zeit" bestehen.....	34
2.3.2.2 Erheblichkeit der Erwerbsminderung.....	34
2.3.2.3 Arbeitsplätze	34
2.3.2.4 Untypische Einschränkungen	35
2.3.2.5 Zahl der Arbeitsplätze.....	35
2.3.2.6 Verschlussene Arbeitsmärkte	35
2.3.2.7 Übliche Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes	35
2.3.2.8 Beschränkung auf Teilzeittätigkeit	36
2.3.2.9 Wegefähigkeit	36
2.3.2.10 Zusammenfassung	37
2.3.3 Erhebliche Gefährdungen oder Minderungen der Erwerbsfähigkeit.....	37
2.4 Ein Diskussionsbeitrag zum Begriff der Erwerbsminderung.....	37
2.4.1 Gesetzliche Anforderungen	38
2.4.2 Probleme bei der Feststellung der Erwerbsfähigkeit	38
2.4.3 Lösungsansätze.....	40
2.4.3.1 Typisierung der Kriterien.....	40
2.4.3.2 Modell-Verfahren	42
2.4.3.3 Punkteverfahren	42

2.4.3.4	Abbildung des allgemeinen Arbeitsmarktes durch konkrete Anforderungsprofile	43
2.4.3.5	Beurteilung der quantitativen Leistungsfähigkeit	43
2.4.4	Fazit	44
2.5	Erwerbsminderung im Kontext des SGB IX	44
2.5.1	Der Begriff der Erwerbsminderung	44
2.5.2	Erwerbsminderung als Beeinträchtigung der Teilhabe am Arbeitsleben	44
2.5.3	Das Leistungskonzept	46
2.5.3.1	Drohende Behinderung.....	46
2.5.3.2	Intervention bei bestehender Erwerbsminderung	46
2.5.3.3	Besonderheiten bei schweren Behinderungen	46
2.5.4	Vermeidung von Erwerbsminderungsrenten durch besonders eingerichtete Arbeitsplätze	47
2.5.5	Grad der Behinderung	47
2.6	Resümee Erwerbsminderung	47
3	Diskussionsgrundlage zur Gestaltung des Verfahrensablaufs in Rentenverfahren unter den Vorgaben des SGB IX (Vermeidung von Erwerbsminderungsrenten)	51
3.1	Zusammenfassung	51
3.2	Auftrag des SGB IX	51
3.2.1	These 1	51
3.2.2	These 2	52
3.2.3	These 3	53
3.2.4	These 4	54
3.2.5	These 5	55
3.2.6	These 6	56
3.2.7	These 7	58
3.2.8	These 8	58
3.2.9	These 9	59
3.2.10	These 10	60
3.2.11	These 11	60
3.2.12	These 12	61
3.2.13	These 13	62
3.3	Akteure und Aufgaben	63
3.3.1	Versicherter	63
3.3.1.1	Rechte des Versicherten	63
3.3.1.1.1	Selbstbestimmung (§§ 1 und 9 SGB IX, Art 2 GG; dazu oben Thesen 1 und 9).....	63
3.3.1.1.2	Beratung, Unterstützung und Förderung bei der Entwicklung eines persönlichen Konzepts zur Überwindung von Schwierigkeiten	65
3.3.1.2	Obliegenheiten (sog. „Mitwirkungspflichten“) des Versicherten.....	69
3.3.1.2.1	Obliegenheiten zur Mitwirkung am Verfahrensablauf	69
3.3.1.2.2	Obliegenheiten zur Vermeidung, Minderung oder Beseitigung der Einschränkungen	71
3.3.2	Pflichten der Arbeitgeber	72
3.3.3	Pflichten der Interessenvertretung i. S. v. § 93 SGB IX.....	74
3.3.4	Pflichten der Schwerbehindertenvertretung.....	75
3.3.5	Hausarzt und andere behandelnde Ärzte	75
3.3.6	Gemeinsame Servicestellen	76

3.3.7	Verantwortliche Bearbeiter bei den Rentenversicherungsträgern	78
3.3.7.1	Rentensachbearbeiter	79
3.3.7.2	Reha-Sachbearbeiter bei der Rentenversicherung	80
3.3.7.3	Jurist als Mitarbeiter bei der Rentenversicherung	82
3.3.7.4	Ärzte und andere Sachverständige als Gutachter	82
3.3.8	Sonstige Rentenantrag aufnehmende Stellen	84
3.3.9	Andere Rehabilitationsträger	85
3.3.9.1	Krankenversicherungsträger.....	86
3.3.9.1.1	Rechtzeitige Einleitung	86
3.3.9.1.2	Bereitstellung von Hilfsmitteln.....	86
3.3.9.1.3	Leistungen zur Prävention	87
3.3.9.2	Pflegekassen	87
3.3.9.3	Unfallversicherungsträger.....	87
3.3.9.3.1	Umfassende Prüfung und Kooperation.....	87
3.3.9.3.2	Prävention.....	87
3.3.9.4	Träger der Kriegsopferversorgung.....	87
3.3.9.5	Träger der Kriegsopferfürsorge	87
3.3.9.6	Integrationsämter	87
3.3.9.7	Bundesanstalt für Arbeit	88
3.3.9.7.1	Prävention und Früherkennung	88
3.3.9.7.2	Untersuchungen und Begutachtungen	88
3.3.9.7.3	Aufforderung nach § 125 Abs. 2 SGB III	88
3.3.9.7.4	Aufforderung nach § 142 Abs. 1 Satz 2 SGB III	89
3.3.9.7.5	Gutachtliche Stellungnahme bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.....	89
3.3.9.8	Sozialämter.....	89
3.3.9.9	Träger der öffentlichen Jugendhilfe	89
3.3.9.10	Freie Einrichtungen der Wohlfahrtspflege und der Jugendhilfe.....	89
3.4	Ablauf des Verfahrens	90
3.4.1	Die wichtigsten Aspekte der neuen Rentenbearbeitung.....	90
3.4.1.1	Neue Verfahrensanforderungen nach § 8 SGB IX	90
3.4.1.2	Umfassende Beratung	90
3.4.1.3	Case-Management	91
3.4.1.4	Filterung der Rentenfälle, bei denen Leistungen zur Teilhabe in Betracht kommen	91
3.4.2	Ablauf des Verfahrens im Einzelnen.....	91
3.4.2.1	Information und Beratung im Vorfeld der Antragstellung	92
3.4.2.2	Antragstellung und erste Prüfung	94
3.4.2.3	Erster Termin	96
3.4.2.4	Steuerung des weiteren Vorgehens durch den Sachbearbeiter	97
3.4.2.4.1	Einschätzung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe durch den Rentensachbearbeiter	98
3.4.2.4.2	Einschaltung des ärztlichen Dienstes	98
3.4.2.4.3	Vorlage zur Entscheidung beim Juristen	99
3.4.2.4.4	Einschaltung einer Gemeinsamen Servicestelle	99
3.4.3	Kurzübersicht über den Ablauf des Verfahrens	102
3.4.4	Entwurf eines Ablaufplans in Zusammenarbeit mit Vertretern verschiedener Rentenversicherungsträger	103
3.5	Leitgedanken für die Begutachtung im Rahmen der EM-Renten-Antragsstellung unter Einbeziehung von Aspekten der Teilhabe	104
3.6	Resümee Erwerbsminderung im Rentenverfahren.....	108
Anhang.....		111

1 Einleitung

Bei den folgenden Texten handelt es sich um Auszüge aus dem vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) geförderten Projekt ‚Prävention und Rehabilitation zur Verhinderung von Erwerbsminderung‘ (PRVE). Sie dienen dort schwerpunktmäßig als rechtliches bzw. sozialpolitisch/-wissenschaftliches Hintergrundmaterial für die in dem Ergebnisbericht vorgestellten Instrumente (Managementkonzepte in Prävention und Rehabilitation, Beratung, Assessment, Vernetzung sowie Qualitätssicherung). Auf deren Darstellung wird in diesem Textband verzichtet, um die Erkenntnisse zum ‚Phänomen der Erwerbsminderung‘ zu verdichten – wobei stets der Zusammenhang mit dem rehapolitischen Kontext hergestellt wird. Die hohe Aktualität dieses Themas lässt sich an einer Reihe von Fakten festmachen. In Deutschland ist die Erwerbstätigenquote älterer Menschen im EU-Durchschnitt besonders niedrig. Nur noch 37 % der 55- bis 65-jährigen sind erwerbstätig. Und bereits rund 60 % aller Betriebe in Deutschland beschäftigen keine Mitarbeiter über 50 Jahre mehr. Gleichzeitig nimmt die Arbeitslosenquote bei Älteren im OECD-Vergleich mit 11,2 % den Spitzenwert ein – in vielen anderen Ländern liegt die Quote hier unter 4 %. Hinlänglich bekannt ist zudem die große Diskrepanz zwischen dem effektiven und dem gesetzlichen Rentenzugangsalter. Diese Tatsache findet sich auch bei den Rentenanträgen wegen Erwerbsminderung (ca. 25 % aller Rentenanträge im Jahre 2001) wieder. Das Zugangsalter ist hier bei den Männern seit 1980 von einem Durchschnittsalter von 54,4 auf 51,1 Jahre in 2002, bei Frauen im gleichen Zeitraum von 57,7 auf 49,5 Jahre gesunken. Parallel dazu kann zwar ein hoher Bildungsstand bei Älteren, jedoch nur eine geringe Weiterbildungsbeteiligung konstatiert werden. Schließlich spitzt sich die Situation in einem derzeit jugendorientierten Rekrutierungsverhalten deutscher Arbeitgeber bei gleichzeitiger demographischer Alterung der Gesamtbevölkerung zu.

All diese Tendenzen können an dieser Stelle nicht angemessen berücksichtigt werden. Der Fokus soll daher auf die sozialrechtliche Maxime ‚Reha vor Rente‘ gesetzt werden. Zwar ist dieser Grundsatz schon seit langer Zeit im SGB VI und VII verankert, doch es scheinen gerade in diesem Bereich Forschungsdefizite zu existieren. So sind erst in den letzten Jahren z.B. Personengruppen systematischer untersucht worden, die einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt und gleichzeitig Leistungen zur Teilhabe erhalten haben. Ausdruck dieser Forschungsentwicklung war ein eigener Themenblock ‚Reha vor Rente‘ auf dem 13. rehawissenschaftlichen Kolloquium 2004 in Düsseldorf. Die bisherigen Ergebnisse dieser Untersuchungen lassen noch keine eindeutige Richtung erkennen. Nichts desto trotz wird bereits die nicht unerhebliche Frage aufgeworfen, ob sich der Grundsatz ‚Reha vor Rente‘ bei EM-Antragstellern überhaupt noch reharechtlich und ökonomisch rechtfertigen lasse¹.

Gerade wegen des mit dem SGB IX eingeleiteten Paradigmenwechsels hin zu einer umfassenden Partizipation von behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen ist es jedoch eine Aufgabe insbesondere der Sozialversicherungsträger und der Arbeitgeber, die Teilhabechancen – und damit auch die Möglichkeiten der beruflichen (Re-)Integration – noch stringenter als in der Vergangenheit zu verfolgen. Dies muss auch dann gelten, wenn es den Anschein hat, dass das ‚Kind bereits in den Brunnen gefallen ist‘ – also einen EM-Antrag gestellt wurde. Studien², die zumindest kurzfristige Erfolge bei dieser Klientel durch Leistungen zur Teilhabe zum Ergebnis hatten, bestätigen diesen gesetzlichen Auftrag.

Daher beinhaltet diese Zusammenstellung als einziges wirklich praxisnahe Element einen Vorschlag zum Verfahren bei Anträgen auf Erwerbsminderung. Es werden Ansätze zum dialogorientierten Verfahrensablauf und einer person- und ressourcenorientierten Begutachtung

¹ Vgl. Enge, D.; Kulick, B.; Florian, L. (2003). Rentenantragsteller nach der Rehabilitation – Wiedereingliederung ins Berufsleben oder Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit? In VDR (Hrsg.), 12. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. DRV-Schriften Band 40 (S. 125-126). Bad Homburg: wdv-Gesellschaft.

² Vgl. Schochat, T.; Neuner, R.: Lassen sich Rentenantragsteller rehabilitieren? In VDR (Hrsg.), 13. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. DRV-Schriften Band 52 (S. 319-321). Bad Homburg: wdv-Gesellschaft.

dargelegt. Ansonsten finden sich in den einzelnen Texten – wie bereits angekündigt – eher wissenschaftlich/theoretische Überlegungen wieder. Darauf sollten die Leserinnen und Leser ihre Erwartungen ausrichten.

Das Kapitel 2 beginnt mit einer Beschreibung der Ursachen und Prozesse (s. Kap. 2.1), die zur Erwerbsminderung führen können. Als wiederum eher praxisorientierte Beiträge werden in Kapitel 2.1.6 einige sich aus dem SGB IX ergebende Möglichkeiten für die betriebliche Praxis beschrieben. Kapitel 2.1.7 ist als eine Art Erlebnisbericht zu verstehen. Verschiedene Personen, die einen EM-Antrag gestellt haben, sind über den Prozess bis zur Antragstellung und die Unterstützung der Sozialversicherungsträger interviewt worden. Kapitel 2.2 liefert Zahlen und Fakten zur Erwerbsminderung und ordnet das Thema sozusagen nach statistischen Gesichtspunkten. Die restlichen Unterkapitel von Kapitel 2 befassen sich mit den rechtlichen Aspekten der Erwerbsminderung, z.B. in den unterschiedlichen Kontexten von SGB VI und SGB IX. Kapitel 3 umfasst die Diskussionsgrundlage zur Gestaltung des Verfahrensablaufs in Rentenverfahren unter den Vorgaben des SGB IX (Vermeidung von Erwerbsminderungsrenten). Das Kapitel beinhaltet ebenfalls Leitgedanken für die Begutachtung im Rahmen der EM-Renten-Antragsstellung unter Einbeziehung von Aspekten der Teilhabe sowie ein Fazit.

2 Erwerbsminderung

Erwerbsminderung beruht auf Aktivitätsstörungen, die die Partizipationschancen des Betroffenen in Bezug auf die Arbeitsbedingungen (einschließlich arbeitsweltlichem Wandel und Arbeitsmarktkapazitäten) einschränken. Aus diesen Definitionen wird der Bezug zur ICF und zur Begriffsbestimmung des SGB IX deutlich. Es sind bei der Erwerbsminderung sowohl reha-epidemiologische (ICD und die Partizipations- und Aktivitätsmerkmale) als auch die Kontextfaktoren mit Hinblick auf die individuelle Situation des Betroffenen zu berücksichtigen.

In diesem Kapitel werden Ursachen, Prozesse und Fakten (s. Kap. 2.1 und 2.2) sowie die gesetzlichen Grundlagen (s. Kap. 2.3 und 2.4) des Phänomens Erwerbsminderung dargestellt und auf Grund dessen Strategien zur Vermeidung von Erwerbsminderung entwickelt.

Diese Ausarbeitung richtet sich an alle Akteure, die sich mit erwerbsgeminderten Menschen bzw. dem Thema Erwerbsminderung beschäftigen. Dazu gehören unter anderem die Rehabilitationsträger einschließlich Integrationsämter, als auch Arbeitgeber, Behindertenverbände sowie Schwerbehindertenvertretungen, Sozialarbeiter, die mit erwerbsgeminderten Menschen zu tun haben, Rehabilitationseinrichtungen, politische Entscheidungsträger und andere.

Sinn dieser Ausarbeitung ist eine Sensibilisierung für die besondere Situation, in der erwerbsgeminderte Personen sich befinden, um so die Vermeidung von Erwerbsminderung bzw. Rehabilitation erwerbsgeminderter bzw. von Erwerbsminderung bedrohter Personen zu fördern.

2.1 Erwerbsminderung – Ursachen und Prozesse

Die Entwicklung von Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation zur Verhinderung von Erwerbsminderung erfordert eine Auseinandersetzung mit den Ursachen und Prozessen der Erwerbsminderung. In diesem Kapitel wird zunächst auf die Begriffe der Arbeits-, Beschäftigungs- und Erwerbsfähigkeit und anschließend auf das Phänomen der Erwerbsminderung eingegangen. Dieses wurde früher meist als eine „Personeneigenschaft“ verstanden. Das SGB IX räumt jedoch ausdrücklich ein, dass die Erwerbsfähigkeit auch von Kontextfaktoren bedingt wird.

Dieser Einfluss von Kontextfaktoren und insbesondere des betrieblichen Umfelds wird im Rahmen der Analyse der Prozesse zur Erwerbsminderung thematisiert (s. Kap. 2.1.4) und mündet abschließend in die Konsequenzen für die Entwicklung von Strategien zur Verhinderung von Erwerbsminderung (s. Kap. 2.1.5).

2.1.1 Begriffe der Arbeits-, Beschäftigungs- und Erwerbsfähigkeit

Wenn man den rechtlichen und/oder politischen Hintergrund der Begriffe Erwerbsfähigkeit, Arbeitsfähigkeit, Beschäftigungsfähigkeit ausblendet, beschreiben diese Begriffe jeweils die Fähigkeit einer Person eine Arbeit (am vertraglich vereinbarten Arbeitsplatz), einen Beruf oder eine Erwerbstätigkeit auszuführen. Die Fähigkeit stellt dabei ein Konglomerat aus vielen verschiedenen arbeitsbezogenen Fähigkeiten dar.

Der Unterschied zwischen den Begriffen liegt darin, dass die Fähigkeiten der Person in Bezug auf unterschiedliche Kontexte betrachtet wird. Der Begriff der **Arbeitsfähigkeit** bezieht sich primär auf die Fähigkeit den konkreten Arbeitsplatzanforderungen entsprechen zu können (Mikroebene), der Begriff der **Erwerbsfähigkeit** ist abstrakter Natur und bezieht den gesamten Arbeitsmarkt ein (Makroebene). Die **Beschäftigungsfähigkeit** ist insoweit umfassend, da sie alle Ebenen einbezieht (s. Abb. 2.1-1). „Beschäftigungsfähigkeit beschreibt die Fähigkeit einer Person, auf der Grundlage ihrer Fachlichen und Handlungskompetenzen, Wertschöpfungs- und Leistungsfähigkeit ihre Arbeitskraft anbieten zu können und damit in

das Erwerbsleben einzutreten, ihre Arbeitsstelle zu halten oder, wenn nötig, sich eine neue Erwerbsbeschäftigung zu suchen“³.

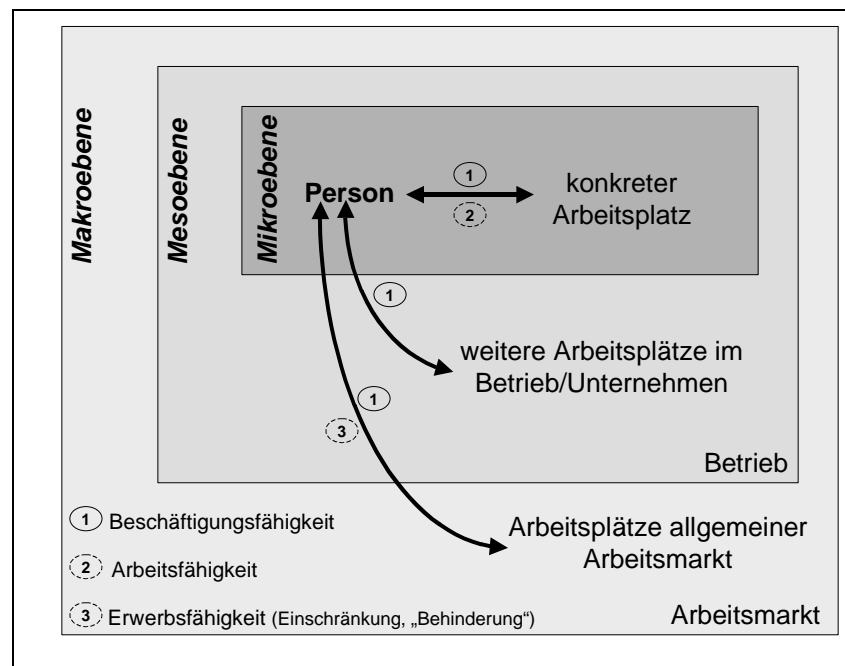


Abb. 2.1-1: Bezugspunkte für die Begriffe der Beschäftigungs-, Arbeits- und Erwerbsfähigkeit

Unter Berücksichtigung der rechtlichen Hintergründe ergeben sich folgende wesentliche Unterschiede:

Der Begriff Erwerbsminderung stammt aus der Reichsversicherungsverordnung (RVO) von 1920 und bildete die Grundlage für Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung. **Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)** wurde sowohl für das soziale Entschädigungsrecht als auch für die gesetzliche Unfallversicherung als prozentualer Bewertungsmaßstab für Entschädigungsleistungen genutzt. Um eine vergleichbare Staffelung des Behinderungsgrades auch außerhalb der genannten Versicherungszweige einsetzen zu können, wurde 1986 im Rahmen des Schwerbehindertenrechtes der **Grad der Behinderung (GdB)** als Graduierung eingeführt. Dieser eignet sich zur Einordnung von Behinderungsfolgen aus angeborenen Schäden, Krankheiten und Verletzungsfolgen, die mehr als 6 Monate anhalten und auf einem regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruhen, der von dem im Lebensalter typischen Zustand abweicht. Die Einschätzung des Behinderungsgrades nutzt die Beschreibung des medizinischen Sachverhaltes, im Grundsatz wie die WHO-Klassifikation (ICD), lässt dazu in den Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit auch funktionelle Hinweise für die Beurteilung des Schweregrades einfließen.

Bei der gutachterlichen Stellung zur **Arbeitsfähigkeit**, sowohl für die gesetzliche Krankenversicherung als auch für die vorzeitige **Pensionierung** von Beamten (Dienstunfähigkeit), gilt stets die bisherige berufliche Tätigkeit. Kann sie nicht mehr ausgeführt werden, besteht Anspruch auf den entsprechenden Lohnersatz (Krankengeld, Pension).

Die Einschätzung von Erwerbsminderung oder sogar Erwerbsunfähigkeit in der gesetzlichen Rentenversicherung geht nicht ausschließlich von medizinischen Tatbeständen aus, sondern schließt Kontextfaktoren der ICF wie den Weg zum Arbeitsplatz, die Verkehrsverbindungen

³ Blanke, S., Roth, C., Schmid, J, (2001). Employability („Beschäftigungsfähigkeit“) als Herausforderung für den Arbeitsmarkt – Auf dem Weg zur flexiblen Erwerbsgesellschaft–: Eine Konzept- und Literaturstudie. Arbeitsbericht. Stuttgart: Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg S. 9.

dorthin und die Rahmenbedingungen im Tätigkeitsfeld und die Aufnahmefähigkeit des Arbeitsmarktes für Teilzeitangebote mit ein. Das Sozialmedizinische Gutachten muss also Fähigkeiten und Partizipationschancen bei der Beurteilung des noch verwertbaren Leistungsvermögens einbeziehen.

Während bei der Beurteilung des **Grades der Behinderung** also medizinische Gesichtspunkte (ICD und Schweregradsbeurteilung) im Mittelpunkt stehen, werden bei der Beurteilung der vollen oder eingeschränkten **Erwerbsfähigkeit** auch die in der **ICF** wirksamen Kontextfaktoren und die Aufnahmefähigkeit des Arbeitsmarktes für Teilzeittätigkeiten berücksichtigt.

Die Gesamtheit dieser Faktoren wirkt verständlicherweise auf Arbeitsfreude und Stimmung des von einer Behinderung betroffenen Menschen, der in einem guten Betriebsklima und gut zu bewältigenden Arbeitsanforderungen hinsichtlich Art, Tempo und Ausdauerbelastung mit Behinderungsfolgen, rascher Ermüdbarkeit, Schmerzen etc. besser umgehen kann, als wenn die Rahmenbedingungen der beruflichen Tätigkeit zur baldigen Resignation Anlass geben. Unter diesem Blickwinkel muss man den ansteigenden Anteil psychischer Behinderungen, wie sie unter ICD 10 F4 registriert sind, in präventive und rehabilitative Überlegungen einbeziehen.

2.1.2 Erwerbsminderung als Phänomen

Erwerbsminderung im Sinne der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, WHO, Genf 2001) tritt als Partizipationsstörung auf. Sie spiegelt sich insbesondere in Aktivitätsstörungen, die die Teilhabechancen des Betreffenden in Bezug auf die Arbeitsbedingungen (einschließlich arbeitsweltlichem Wandel und Arbeitsmarktkapazitäten) einschränken. Diese wiederum können sich unmittelbar als Krankheitsfolge abzeichnen, sozusagen als kausaler, logischer Schluss aus den Struktur- und Funktionsstörungen. Sie können aber auch durch die vielfältigen Wechselwirkungen, wie sie in Abb. 2.1-2 dargestellt sind, bedingt werden.

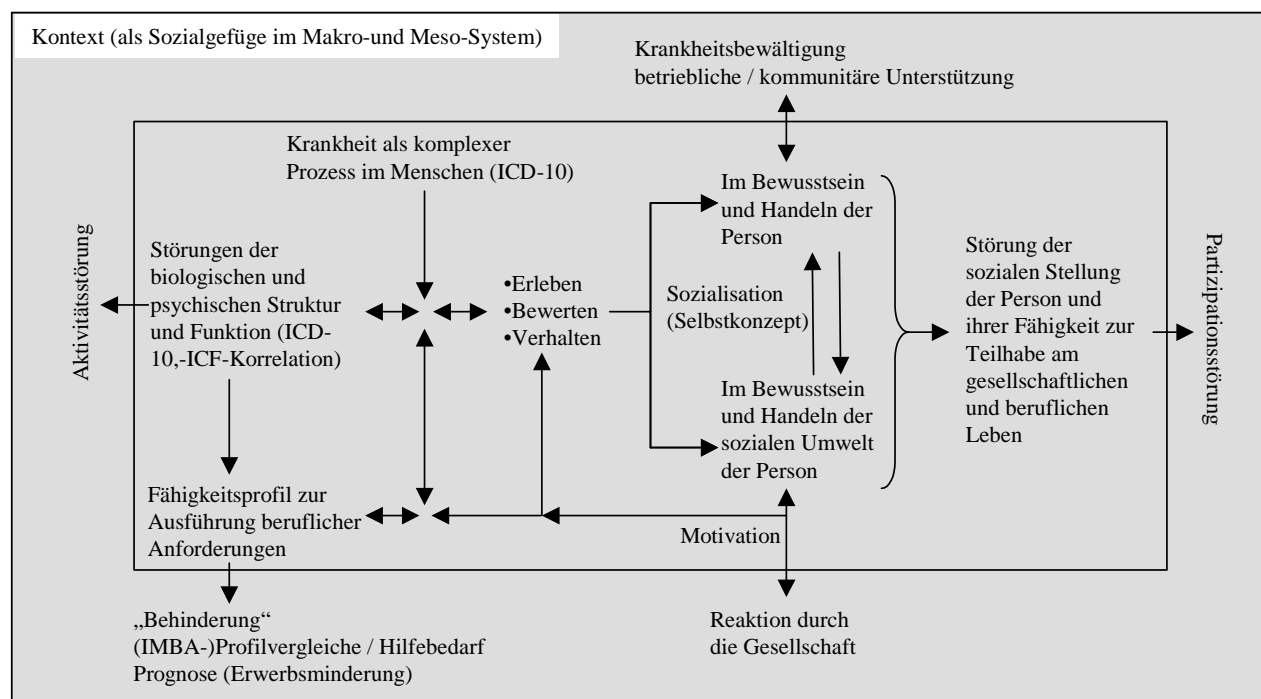


Abb. 2.1-2: EM-Ursachen und Prozesse gemäß bio-psycho-sozialem Modell der ICF (vgl. ICIDH-Einleitung, 1990)

Das nächste Kapitel widmet sich zunächst der Frage, wie in der aktuellen Gesetzgebung der Kontextfaktor Arbeitsmarkt berücksichtigt wird.

2.1.3 Berücksichtigung des sozialrechtlichen Hintergrundes

Trotz der Neuregel durch das Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit vom 20.12.2000, die in § 43 Abs. 3 SGB VI festlegt, dass bei Erwerbsgeminderten, die unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein können, die jeweilige Arbeitsmarktlage *nicht zu berücksichtigen ist*, behält auch § 43 SGB VI die von der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) zum (früheren) Versicherungsfall der Erwerbsunfähigkeit entwickelte so genannte **konkrete Betrachtungsweise** bei.

Diese Rechtsprechung war von der Grundvorstellung des BSG getragen, dass der deutsche Arbeitsmarkt im Wesentlichen durch Vollzeitarbeitsplätze geprägt sei und Teilzeitarbeitsplätze nur in geringer Zahl vorhanden seien. Demnach müsse bei einem vollschichtig leistungsfähigen Versicherten vom Grundsatz her davon ausgegangen werden, dass er – trotz gesundheitlicher Beeinträchtigungen – noch eine reale Chance der Vermittelbarkeit eines leistungsgerechten Arbeitsplatzes besitze, auch wenn er arbeitslos sei. Diese Rechtsprechung ist nunmehr – bezogen auf die Zeitgrenze von 6 Stunden – in § 43 Abs. 3 SGB VI verankert, wonach ein sechsständiges Leistungsvermögen vom Grundsatz her den Tatbestand der Erwerbsminderung ausschließt. Bei arbeitslosen Versicherten, die jedoch über ein qualitatives Leistungsvermögen von 3 – 6 Stunden verfügen (bei arbeitslosen Teilzeitkräften), müsse jedoch im Hinblick auf die geringe Zahl von Teilzeitarbeitsplätzen im Einzelfall konkret geprüft werden, ob der Versicherte einen seinem Restleistungsvermögen entsprechenden Teilzeitarbeitsplatz innehatte oder ihm ein solcher vermittelt werden könne. War dies nicht der Fall, so war von einer Verschlossenheit des Arbeitsmarktes und der Begründetheit des Anspruchs auf Rente wegen Erwerbsunfähigkeit auszugehen.

Diese Rechtsprechung ist nunmehr auch kodifiziert. Zwar lässt sie sich nicht direkt dem Wortlaut des § 43 SGB VI entnehmen. Sie ergibt sich gleichwohl schon aus einem aus § 43 Abs. 3 SGB VI abzuleitenden Umkehrschluss: Wenn § 43 Abs. 3 SGB VI bestimmt, dass nicht erwerbsgemindert ist, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens 6 Stunden täglich erwerbstätig sein kann und dass es dabei auf die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht ankommt, so ergibt sich hieraus im Umkehrschluss, dass die Arbeitsmarktlage demgegenüber sehr wohl von Bedeutung ist, wenn ein unter sechsständiges Leistungsvermögen gegeben ist. Da bei unter dreistündiger Leistungsfähigkeit eine Verschlossenheit des Arbeitsmarktes generell unterstellt wird, kann die Vermittelbarkeit und damit die Arbeitsmarktlage nur bei den Versicherten von Bedeutung sein, die noch drei, jedoch keine sechs Stunden täglich mehr arbeiten können. Darüber hinaus ergibt sich der Fortbestand einer arbeitsmarktabhängigen Rentenbewilligung über den 31.12.2000 hinaus auch aus § 102 Abs. 2 Satz 4 SGB VI in seiner ab dem 1.1.2001 geltenden Fassung, wonach Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit auf der Grundlage des § 43 SGB VI in seiner ab dem 1.1.2001 geltenden Fassung unbefristet zu leisten sind, wenn der Anspruch unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage besteht (und eine Behebung der Minderung der Erwerbsfähigkeit unwahrscheinlich ist). Demnach ist eine befristete Rente bei Eintritt des Versicherungsfalles wegen fehlender Vermittelbarkeit (Arbeitsmarktrente) zu leisten. Schließlich weist auch die Gesetzesbegründung darauf hin, dass die vom BSG entwickelte so genannte konkrete Betrachtungsweise angesichts der schlechten Arbeitsmarktlage und des geringen Angebots an Teilzeitarbeitsplätzen vorerst beibehalten werden soll.

D.h. die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bzw. Erwerbsminderung wird auch weiterhin von der Verfügbarkeit von Arbeitsplätzen auf dem Arbeitsmarkt abhängig gemacht. Primärer Faktor ist jedoch die durch Krankheit oder Behinderung negativ beeinflusste arbeitsbezogene Leistungsfähigkeit (s. Abb. 2.1-3).

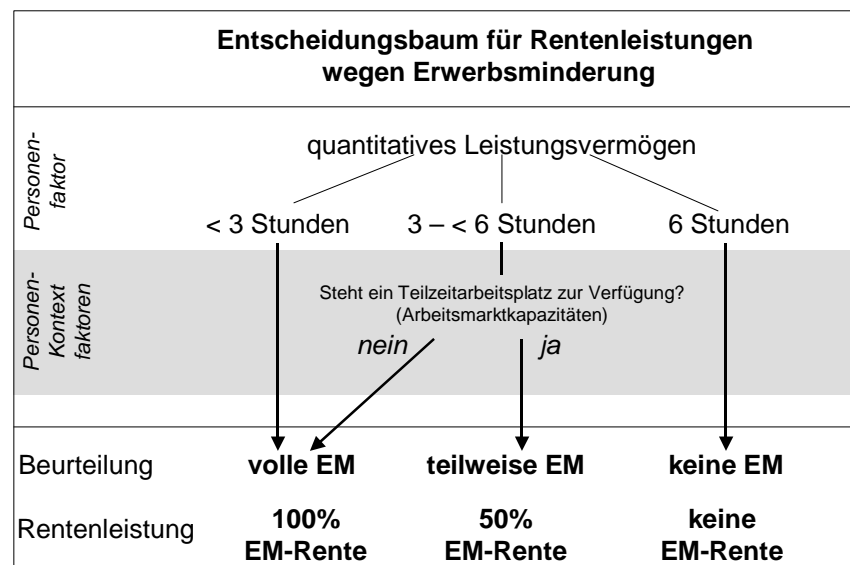


Abb. 2.1-3: Entscheidungsbaum für Rentenleistungen wegen Erwerbsminderung unter Berücksichtigung des quantitativen Leistungsvermögens und der Verfügbarkeit eines Arbeitsplatzes (normative Setzungen)

2.1.4 Prozesse der Erwerbsminderung

Unter Berücksichtigung des bio-psycho-sozialen Modells der ICF gelingt es, mögliche Ursachen und Einflussfaktoren zu bestimmen, die den Prozess der Erwerbsminderung möglicherweise positiv beeinflussen. Dieses Modell bietet zugleich die Ansatzpunkte für Strategien zur Verhinderung von Erwerbsminderung.

2.1.4.1 Konsequenzen einer systemanalytischen Betrachtungsweise

Legt man das bio-psycho-soziale Modell der ICF wie in Abb. 2.1-2 zu Grunde, zeigt sich, in wie vielfältiger Weise die Vermeidung von Erwerbsminderung beeinflusst werden kann. Hier sind die salutogenetischen Faktoren in einem Prozessgeschehen verbunden, das seinerseits von den Kontextfaktoren moduliert wird. (Salutogenetisch heißt: dem Menschen wohnen Eigenkräfte inne, die ihn gesund machen oder gesund erhalten; diese gilt es so zu mobilisieren, dass er auch als medizinischer Laie eine Kompetenz gewinnt, diese Eigenkräfte von sich aus zu beeinflussen.)

Dahinter stehen also Anpassungsprozesse auf unterschiedlichen Ebenen (Adaptation). Die Adaptationsprozesse vollziehen sich sowohl personenintern (psychophysisch) als auch zwischen der Person und ihrer Umwelt (psycho-sozial). Die Regulationsebenen der Mensch-Umwelt-Wechselbeziehung umfassen kognitive, erlebens- und verhaltensmäßige, sowie psychologisch-endokrinologische und neuropsychimmunologische Vorgänge. Zu nennen wären hier auch Prozesse, die sich auf die Krankheitsbewältigung beziehen und wie sie in Abb. 2.1-2 aufgezeigt werden.

2.1.4.2 Adaptationsprozesse bei Krankheit/Behinderung

Anpassungsprozesse sind in der Psychologie und insbesondere Sozialpsychologie vielfach untersucht worden, insbesondere im Rahmen der Auseinandersetzung mit der Krankheits-

bewältigung. **Bewältigung (Coping)** wird dabei von Lazarus und Folkman (1984, 141)⁴ definiert als „sich ständig verändernde kognitive und verhaltensmäßige Bemühungen bzw. Anstrengungen (efforts) mit spezifischen externen und/oder internen Anforderungen, die die Ressourcen einer Person beanspruchen oder übersteigen, fertig zu werden (to manage)“.

Die Ergebnisse der Bewältigungsforschung tragen zum Verständnis des Erwerbsminderungsprozesses bei. Dabei sind folgende Zusammenhänge zu beachten:

- Krankheit/Behinderung ist ein **Einschnitt in gewohnte Lebensführung und -gestaltung** und oft verbunden mit Einschränkungen in Form von unvollständiger Befriedigung verschiedener Bedürfnisse und einhergehend mit Frustrationen sowie negativen Gefühlen wie Schmerz, Unwohlsein, Ängsten. Aber auch positive Effekte wie besondere Zuwendung, Entlastung von Pflichten können auftreten und werden als sekundärer Krankheitsgewinn bezeichnet, der aus lerntheoretischer Sicht, die Funktion eines Verstärkers haben kann, was sich in der Fixierung auf das Kranksein widerspiegeln kann.
- Handlungs- und Verhaltensweisen müssen an die **veränderte Lebenssituation** angepasst, oder sogar neu erlernt werden.
- **Psychosoziale Aspekte** sind nicht nur Folgen einer Gesundheitsstörung, sie spielen bei der Krankwerdung, beim Kranksein und bei der Krankheitsbewältigung eine wichtige Rolle. Dabei ist Krankheit häufig der Endpunkt längerer psychosozialer Überforderung oder Belastung.
- Krankheit/Behinderung zieht **Rollenveränderungen** ein, bedarf einer Anpassung/Neuorientierung der Rolle. Dabei ist Krankheit verbunden mit einem Herausfallen aus sozialen Rollenverpflichtungen (primärer Gewinn). Rolleneinbußen können aber auch mit finanziellen Sorgen, dem Verlust von Autonomie und Kontrolle einhergehen.
- Über Krankheit/Behinderung herrscht in der Gesellschaft ein negatives Bild, verbunden mit Schwäche und Normabweichung. **Soziale Stigmatisierungsprozesse** (u.a. durch Arbeitgeber und Vorgesetzte) können Gefühle der Isolation sowie Krisen und negative Veränderung des Selbstkonzeptes auslösen.

Die Folgen einer Erkrankung/Behinderung gilt es zu bewältigen insbesondere in Bezug auf das Arbeits- und Erwerbsleben. Dabei beziehen sich die Bewältigungsintentionen grundsätzlich auf vier Facetten: die **Regulation der Emotionen**, die **Regulation des zugrundeliegenden Problems** sowie die **Regulation des Selbstwerts** und **Regulation der sozialen Interaktion**⁵. Diese Intensionsdimensionen hängen eng miteinander zusammen, betonen aber unterscheidbare inhaltliche Aspekte der Bewältigung⁶.

Folglich können auch in Anlehnung an Beutel (1988)⁷ folgende **Faktoren eine adäquate Adaptation fördern**:

- Stärkung des Selbstwertgefühls (Regulation des Selbstwertgefühls)
- Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen (Regulation der sozialen Interaktion)

⁴ Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and coping*. New York: Springer; zitiert nach Schumacher, J., Reschke, K. (1994). *Theoretische Konzepte und empirische Methoden der Bewältigungsforschung*. In: VDR (Hrsg.). *Die Norm des Gesundseins – Lebensqualität und Kranksein*. Band 6: Klinische Psychologie in der Rehabilitationsklinik. S. 41-73. Frankfurt a. M.: VDR.

⁵ Weber, H. (1992). *Belastungsverarbeitung*. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 21, 17-27.

⁶ Schumacher, J., Reschke, K. (1994). *Theoretische Konzepte und empirische Methoden der Bewältigungsforschung*. In: VDR (Hrsg.). *Die Norm des Gesundseins – Lebensqualität und Kranksein*. Band 6: Klinische Psychologie in der Rehabilitationsklinik. S. 41-73. Frankfurt a. M.: VDR.

⁷ Beutel, M. (1988). *Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen*. Weinheim: Ed. Medizin, VCH.

- Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung des psychosozialen Wohlbefindens (u.a. Regulation der Emotionen)
- Stärkung der Handlungskompetenzen und der eigenen Kontrollerwartungen (Regulation in Selbstverantwortung und Eigeninitiative).

Bei einer inadäquaten Adaptation scheinen diese Regulationen nicht gelungen zu sein.

Dass diese Faktoren einen positiven Einfluss nehmen, bestätigen indirekt die Studien zu Einflussfaktoren für die Wiedereingliederung in Arbeit (Return-to-Work-Studien). Demnach haben z.B. Faktoren wie Ängste, Depressionen, Hoffnungslosigkeit, die gleichbedeutend sind mit einer nicht erfolgten emotionalen Regulation, einen negativen Einfluss auf die Wiedereingliederung.⁸ Andererseits werden die Möglichkeiten, Arbeitsplatzmodifikationen vorzunehmen⁹ und die Verfügbarkeit des Arbeitsplatzes¹⁰ als positive Faktoren eingestuft. Ebenso bestätigen Untersuchungen verschiedener Autoren¹¹, die soziale Unterstützung als positiven Faktor für die Teilhabe am Arbeitsleben.

2.1.5 Ausblick auf Strategien zur Verhinderung von Erwerbsminderung

Im Rückschluss auf die o.g. Aspekte sind Strategien zur Verhinderung von Erwerbsminderung ausgerichtet auf

- die Verhinderung von Krankheit/Behinderung und/oder
- im Falle von Krankheit/Behinderung: auf die Förderung eines positiven Selbstwertgefühls insbesondere im Arbeitsumfeld (Selbstkonzept der Erwerbsfähigkeit), die Aufrechterhaltung und Förderung sozialer Beziehungen, die Erfahrung sozialer Unterstützung sowie die Förderung der eigenen Handlungskompetenz (-möglichkeiten), so dass der Betroffene selbst regulativ bei Störungen in der Person-Umwelt-Wechselbeziehung eingreifen kann.

Bedeutung der betrieblichen Aktivitäten (Mesoebene als Schnittstelle zwischen Mikro- und Makrosystemen)

Hieraus ergibt sich zwangsläufig die Bedeutung und Wertigkeit der im Betrieb ansetzenden Maßnahmen. Gerade **im unmittelbaren Arbeitsumfeld können bzw. müssen die o.g. Ziele umgesetzt werden**. Im Arbeitsumfeld besteht die Gefahr, dass durch mangelnde Förderung der psycho-sozialen und physischen Faktoren die Weichen in Richtung Erwerbsminderung gestellt werden. Dadurch ergibt sich die Notwendigkeit der Förderung von salutogenetischen Faktoren in Form verbesserter Adaptationsprozesse, sowie durch Vermeidung von Stigmatisierung (durch Arbeitskollegen oder Vorgesetzte) sowie durch das Vermeiden von Spannungen zwischen Arbeitsanforderungen und Leistungskapazitäten des Betroffenen. Die Entwicklung bzw. der Erhalt eines positiven Selbstwertgefühls im Arbeitsleben wird primär im betrieblichen Umfeld stattfinden, aber ebenso auch der Verlust.

⁸ Trief, P.M., Grant, W., Fredrickso, B. (2000): *A prosoective study of psychological predictors of lumbar surgery outcome*. Spine 25, 2616-2621.

Schade, V., Semmer, N., Main, C.J., Hora, J., Boss, N. (1999): *The impact of clinical, morphological, and work-related factors on the outcome of lumbar discectomy*. Pain 80, 239-249.

Siegrist, K., Broer, M. (1997): *Erwerbstätigkeit nach erstem Herzinfarkt und Rehabilitation*. Sozial- und Präventivmedizin 42, 358-366.

⁹ Burnham, R.S., Warren, S.A., Saboe, L.A., Davids, L.a., Russell, G.G., Reid, D.C. (1996): *Factors predicting employment 1 year after traumatic spine fracture*. Spine 1066-1071.

¹⁰ Fisbain, D.A., Cutler, R.B., Rosomoff, H.L., Khalil, T., Steele-Rosomoff, R. (1999): *Prediction of "intend", "discrepancy with intent", and "discrepancy with nonintent" for the patient with chronic pain to return to work after treatment at a pain facility*. Clin. J. of Pain 15, 141-150.

¹¹ Vendrig 1999, Lancourt & Kettelhut 1992.

Auf der Makroebene ist z.B. festzustellen, dass es bestimmte Branchen gibt, in denen es sozusagen Voraussetzung ist, „fit zu sein“ und eine entsprechende Körperkonstitution zu haben (z.B. Montage oder Bau)¹². Ein Verlust des Selbstwertgefühls und Stigmatisierungsgefahren drohen hier bei Erkrankungen und Behinderungen in besonderer Weise.

Bedeutung der Weichenstellung durch lange Arbeitsunfähigkeitsdauer

Ein negativer Einfluss der Arbeitsunfähigkeit (AU) und insbesondere der langen AU-Dauer auf den Prozess der Erwerbsminderung, ergibt sich durch die Abwesenheit aus dem Arbeits- und Erwerbsleben. Jeder Tag der AU bestätigt, das Ungleichgewicht zwischen Anforderungen und Fähigkeiten des Betroffenen. Jeder Tag an dem der Betroffene wegen AU nicht arbeitet, stellt eine Situation dar, in der sich die Person im alltäglichen Leben damit arrangiert, nicht (mehr) arbeiten zu gehen. Es kommt zur Neuorientierung der Rolle bei drohendem Verlust der Erwerbsrolle. Neue Handlungs- und Verhaltensweisen werden gelernt oder verstärkt. So werden lange AU-Zeiten sowohl von Arbeitgebern als auch von Sozialleistungsträgern anfänglich bedauert, dann „toleriert“ und letztlich „ignoriert“. Das ist der Fall, wenn während dieser Zeit nicht durch Rehabilitationsmaßnahmen oder betriebliche Interventionen die o.g. Ziele einer Regulation des Problems für den Betroffenen sichtbar verfolgt werden. Geschieht dies nicht, steuert der Betroffene in die Erwerbsunfähigkeit. Die Mängel des Systems tragen also zur Erwerbsminderung bei. Die geringen Chancen der Rückkehr an den Arbeitsplatz bei einer AU von mehr als 6 Monaten bestätigen dies¹³.

Der Faktor Zeit birgt die besondere Gefahr einer negativen Dynamik gemäß dem Prinzip: wenn nichts passiert, passiert auch nichts positives (im Sinne der o.g. positiven Regulationsziele). Wenn keine Reha-Maßnahmen stattfinden, erfolgt in der Regel eine Anpassung an die Störung in dem Sinne, dass der drohende Verlust der Erwerbsrolle hingenommen wird.

Bedeutung von Frühwarnsystemen

In diesem Zusammenhang wächst die Bedeutung früher Interventionsmaßnahmen und der so genannten Frühwarnsysteme. Diese können überbetrieblich bei den Sozialleistungsträgern, z.B. bei der Krankenkasse, aber auch innerhalb des Betriebes installiert werden.

Folglich kann die routinemäßige Erhebung von Gesundheitsdaten (Fehltage, AU-Zeiten) im Rahmen eines FWS einen erheblichen Beitrag zur frühzeitigen Erkennung von Gesundheitsstörungen leisten. Ein wichtiger Faktor zur Verhinderung von Erwerbsminderung ist außerdem eine emotionale Unterstützung (z.B. in Form von Vertrauen, Empathie und Zuneigung im Arbeitsumfeld).

¹² Elkeles, T.; Schulz, D., Kollack, B., Behrens, J. (2000). *Erwerbsverläufe und gesundheitsbezogene Statuspassagen. Empirische Ergebnisse zu Determinanten begrenzter Tätigkeitsdauer*. Arbeit, Heft 4, Jg. 9: 306-320.

¹³ Taylor, W., Simpson, R., Gow, D., McNaughton, H. (2001): *Rehabilitation that works – vocational outcomes following rehabilitation for occupational musculoskeletal pain*. New Zealand Med. J. 114, 185-187.

Irle, H., Klosterhuis, H., Grünbeck, P. (1998): *Sozialmedizinische Prognose nach stationärer medizinischer Rehabilitation in der Angestelltenversicherung*. Praxis – Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 42: 51-60.

Kraus, J. (1997): *The Independent Medical Examination And The Functional Capacity Evaluation*. Occup Med, 12: 525-556.

Kulick, B., Florian, L., Enge, D. (2000): *Evaluation der Rehabilitation bei Rentenantragstellern*. In: Bengel, J., Jäckel, W.H. (Hrsg.): *Zielorientierung in der Rehabilitation*. Rehabilitationswissenschaftlicher Forschungsverbund Freiburg/Bad Säckingen. Regensburg: Roderer Verlag 85-94.

2.1.6 Das SGB IX und behinderte Menschen im Betrieb

Der Betrieb ist der zentrale Ort, wo Menschen ihre geistigen und körperlichen Fähigkeiten einsetzen. Der Betrieb ist der Ort, der diese Ressourcen fördert, aber auch verbraucht. Der Betrieb ist auch der Ort, der die besten Bedingungen für die Reaktionen auf gesundheitliche Veränderungen bietet, die Umgebung ist vertraut, die Arbeitsabläufe bekannt, die Bindung an Vertrautes schafft Motivation.

Das SGB IX will erreichen, dass das Fördern leistungsgerechter Beschäftigung im Bewusstsein der Akteure Vorrang erhält.

Dazu schafft das SGB IX nicht nur eine größere Zahl von Hilfen und Verpflichtungen, es schafft vor allem Grundlagen und Verfahren für Dialoge mit den Betroffenen und den Arbeitnehmervertretern sowie den verantwortlichen Stellen außerhalb des Betriebs. Zur Verwirklichung dieser Ziele gehört auf Seiten der Arbeitgeber ein kompetentes umfassendes Gesundheitsmanagement. Die wichtigsten Elemente eines solchen Managements sind:

- die Abwehr von Gesundheitsgefahren (Arbeitsschutz),
- die Förderung gesundheitsgerechten Lebens und Arbeitens,
- die frühzeitige Reaktion auf Leistungseinbußen (Prävention, Rehabilitation) sowie
- die kontinuierliche Erfolgskontrolle mit Hilfe standardisierter Verfahren in Dokumentation.

Diese Aufgaben erfordern:

- Schulung aller am Integrationsprozess Beteiligten,
- die Organisation betrieblicher Reaktionen auf Gesundheitsprobleme und
- die Einbindung öffentlicher Stellen für Beratung und Eingliederungshilfen.

Es sind also innerbetriebliche Ressourcen auszuschöpfen und die verzweigten Kooperationsmöglichkeiten mit verantwortlichen Stellen zu bündeln. Dies kann nur erfolgreich geschehen, wenn im Betrieb eine Stelle geschaffen wird, die über die erforderlichen differenzierten arbeits- und sozialrechtlichen Kompetenzen verfügt.

Eine **Schlüsselrolle bilden die Vorschriften zur Förderung der Früherkennung** gesundheitlicher Gefahren/Probleme und der frühen Intervention. Diese Vorschriften bilden eine wichtige Basis in der Interaktion unter den betrieblichen verantwortlichen Akteuren in einem modernen Betrieblichen Eingliederungsmanagement. Nicht nur das Reagieren, sondern das zielorientierte Agieren soll oberste Maxime sein, wirtschaftlicher Nutzen geht somit mit einem straff organisiertem Betrieblichen Eingliederungsmanagement einher.

Daneben bilden die **Vorschriften für schwerbehinderte Menschen** in Teil 2 des SGB IX einen wichtigen Ansatz für den Aufbau eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements und darüber hinaus eines umfassenden Managements von Fragen, die die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Arbeitnehmer betreffen.

1. Organisatorischer Rahmen

Das SGB IX enthält bereits ein **Modell für ein Betriebliches Eingliederungsmanagement** bezogen auf den Bereich schwerbehinderter Arbeitnehmer. Es setzt dazu zwei besondere Akteure ein:

- den Beauftragten des Arbeitgebers (§ 98 SGB IX) und
- die Schwerbehindertenvertretung (§ 94 SGB IX).

Daneben bleiben Arbeitgeber und Interessenvertretung (§ 93 SGB IX) in der Pflicht; sie sind allein zuständig für die Integration behinderter Arbeitnehmer, die nicht zu den schwerbehinderten gehören.

a. Beauftragter des Arbeitgebers als Instanz für ein umfassendes Betriebliches Eingliederungsmanagement im Betrieb

Die Verpflichtung des Arbeitgebers, einen Beauftragten für Angelegenheiten der schwerbehinderten Menschen zu bestellen, beruht auf der Erkenntnis, dass die **Integration schwerbehinderter Menschen ein hohes Maß an Sachkunde** erfordert, sowohl im rechtlichen Bereich als auch in Fragen der praktischen Umsetzung. Deshalb ist es notwendig, eine verantwortliche Person mit dieser Aufgabe zu betrauen, die entsprechend aus- und fortgebildet wird und Erfahrungen sammelt¹⁴.

Das Gesetz statet diesen Beauftragten mit der Befugnis aus, verantwortlich zu entscheiden, also auch **dem Arbeitgeber gegenüber verbindliche Entscheidungen** zu treffen (§ 98 Satz 1 SGB IX). Er ist zugleich **Verbindungsperson zum Integrationsamt und der Bundesagentur für Arbeit** (§ 99 Abs. 2 Satz 2 SGB IX). Er kann unmittelbar mit diesen Stellen in Verbindung treten und von diesen angesprochen werden. Aus dem Zusammenhang kann gefolgert werden, dass ihn auch eine besondere Verantwortung trifft, die in § 99 Abs. 1 SGB IX postulierte Zusammenarbeit mit Arbeitgeber, Schwerbehindertenvertretung und Interessenvertretung sowie die in § 99 Abs. 2 Satz 1 SGB IX geforderte **Kooperation mit verantwortlichen Stellen** zu organisieren und zu fördern.

Das Gesetz geht allerdings nicht soweit, dass die Integration der übrigen behinderten Menschen in den Aufgabenbereich des Beauftragten fällt. Es bietet sich aber an, den Beauftragten mit einem umfassenden, alle behinderten Arbeitnehmer einschließenden Auftrag zu versehen. In der betrieblichen Realität ist es sinnvoll, diese Aufgaben zusammenzufassen, zumal in Ansätzen Regelungen für schwerbehinderte Arbeitnehmer auch für andere behinderte Arbeitnehmer gelten, so z.B. die Maßnahmen zur frühen Erfassung von Behinderungen (§ 84 Abs. 2 SGB IX) und die Einschaltung von Integrationsfachdiensten (§ 109 Abs. 4 SGB IX).

b. Die Schwerbehindertenvertretung

Als Schwerbehindertenvertreter wird eine Vertrauensperson und ihr Vertreter gewählt (§ 94 SGB IX).

Die Aufgaben bestehen darin, gegenüber dem Arbeitgeber und seinem Beauftragten die Belange der **schwerbehinderten Arbeitnehmer zu vertreten** und sie auch gegenüber Trägern und sonstigen Stellen zu unterstützen (§ 95 SGB IX). Die Schwerbehindertenvertretung ist außerdem neben dem Beauftragten des Arbeitgebers **Verbindungsperson** zur Bundesagentur für Arbeit und zum Integrationsamt (§ 99 Abs. 2 Satz 2 SGB IX).

Die Befugnisse der Interessenvertretung werden nicht berührt. Ihnen obliegt allein die Vertretung der übrigen behinderten Arbeitnehmer. Hintergrund der Einrichtung einer gesonderten Schwerbehindertenvertretung ist einerseits die Notwendigkeit besonderer Sachkunde, andererseits aber die Befürchtung, dass die Belange der schwerbehinderten Arbeitnehmer sonst nicht nachdrücklich genug verfolgt würden.

Diese Gedanken zeigen, dass **zu einem Betrieblichen Eingliederungsmanagement stets auch ein spezieller Ansprechpartner auf Arbeitnehmerseite gehört** und es ist deshalb angezeigt, auch ein Mitglied der Interessenvertretung als Vertrauensperson zu wählen und ihr betriebsratsintern alle Aufgaben der Integration behinderter Arbeitnehmer zu übertragen.

c. Integrationsvereinbarungen

Das SGB IX stellt für die Planung und Strukturierung der Integration schwerbehinderter Arbeitnehmer das Instrument der Integrationsvereinbarung zur Verfügung (§ 83 SGB IX). Es handelt sich dabei um eine **Verabredung zwischen Arbeitgeber und Schwerbehindertenvertretung sowie der Interessenvertretung**. Der Beauftragte des Arbeitgebers wird an dem Abschluss beteiligt. Es ist allerdings umstritten, ob sie lediglich den Charakter einer **Regelungsabrede** hat¹⁵, die Verbindlichkeit nur im Innenverhältnis der Vertragspartner hat, oder eine besondere Betriebsvereinbarung, die unmittelbare Rechte der Arbeitnehmer be-

¹⁴ Düwell, LPK-SGB IX § 98 Rn. 12.

¹⁵ So Düwell, LPK-SGB IX § 83 Rn. 3.

gründet¹⁶. Es ist deshalb anzuraten, eine **freiwillige Betriebsvereinbarung** abzuschließen, wenn Rechte der Arbeitnehmer begründet werden sollen.

Mit der Integrationsvereinbarung werden Grundsätze und Rahmenbedingungen festgelegt. Das Gesetz nennt Personalplanung, Arbeitsplatzgestaltung, Gestaltung des Arbeitsumfeldes, Arbeitsorganisation, Arbeitszeit und Durchführung. Sie kann dabei auch konkrete Fragen der Umsetzung des SGB IX in Bezug auf aktuelle Probleme oder Bedürfnisse der in Betrieb oder Dienststelle beschäftigten schwerbehinderten Arbeitnehmer regeln. In Betracht kommt die Festlegung bestimmter Maßnahmen zur Verbesserung der Situation der schwerbehinderten Arbeitnehmer, ihr Umfang, die Rangfolge und die zeitliche Abfolge.

Neben der Integrationsvereinbarung gibt es – wie schon erwähnt – die Möglichkeit, dass zwischen der Interessenvertretung und dem Arbeitgeber freiwillige Betriebsvereinbarungen abgeschlossen werden (§ 88 BetrVG). Diese haben den Vorteil, dass daraus Rechte für die betroffenen Arbeitnehmer erwachsen können und sie außerdem ein Integrationskonzept für alle behinderten Arbeitnehmer (auch die nicht schwerbehinderten), die bei dem Arbeitgeber beschäftigt sind, enthalten können.

2. Sicherung rechtzeitiger Intervention

§ 84 SGB IX verpflichtet den Arbeitgeber frühzeitig zu reagieren, wenn sich Interventionsbedarf andeutet. Dies ist bei schwerbehinderten Mitarbeitern nach § 84 Abs. 1 SGB IX der Fall „bei Eintreten von personen-, verhaltens- oder betriebsbedingten Schwierigkeiten im Arbeits- oder sonstigen Beschäftigungsverhältnis, die zur Gefährdung dieses Verhältnisses führen können.“

Ferner ist Anlass für Intervention, wenn ein Arbeitnehmer länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt innerhalb eines Jahres arbeitsunfähig ist (§ 84 Abs. 2 SGB IX). Gleiches muss auch gelten, wenn sonst gesundheitliche Gründe sichtbar werden, die das Arbeits- oder sonstige Beschäftigungsverhältnis gefährden.

In den beiden letztgenannten Fällen besteht eine solche Verpflichtung auch bei nicht schwerbehinderten Arbeitnehmern.

Die Verpflichtung aus § 84 Abs. 1 SGB IX bezieht sich auf die Einschaltung der Schwerbehindertenvertretung, der Interessenvertretung und des Integrationsamts. Ziel ist ein präventiver Kündigungsschutz. **Die Möglichkeiten der Integration sollen nicht erst im Verfahren um die Zustimmung des Integrationsamts zur Kündigung (§ 85 SGB IX) erörtert werden**, sondern schon im Vorfeld, sobald sich die Gefährdung des Arbeitsplatzes andeutet. Leider wird diese Verpflichtung oft missachtet. Dies zeigen der Beispielsfall (unten unter Nr. 5) und folgende Anfrage, die uns erreicht hat:

„Als Schwerbehinderter habe ich eine Abmahnung mit Androhung der fristlosen Kündigung erhalten. Die Regelungen des § 84 SGB IX sind dabei vom Arbeitgeber völlig unbeachtet geblieben. Erst nach ausgesprochener Kündigung und meinem schriftlichem Drängen hat der Arbeitgeber versucht den Präventionsauftrag zu erfüllen. Hätte nicht schon vor der Kündigung die Prävention einsetzen müssen?“

Dieses System früher Intervention kann **in Integrationsvereinbarungen oder freiwilligen Betriebsvereinbarungen präzisiert und weiterentwickelt werden**. Es ist notwendiger Bestandteil jedes Betrieblichen Eingliederungsmanagements.

Im Rahmen jedes Betrieblichen Eingliederungsmanagements kommt der Reaktion auf Erkrankungen besondere Bedeutung zu, weil sie Signale für Probleme bei der und durch die Arbeit sein können oder auch Hinweise geben, dass die bisherige Beschäftigung nicht mehr geleistet werden kann und durch eine andere ersetzt werden müsste.

Für dieses Verfahren müssen jedoch vor allem auch **die behinderten Arbeitnehmer gewonnen werden**. Es kommt noch allzu oft vor, dass nichts passiert, bevor der Krankengeldanspruch von 78 Wochen ausgeschöpft ist (Fallbeispiel unten unter Nr. 5). Die Arbeitnehmer geben sich damit zufrieden, befürchten u. U., auf eine geringe Rente verwiesen zu werden (§ 51 Abs. 2 SGB V i.V.m § 116 Abs. 2 SGB VI) und die Arbeitgeber sind uninteressiert, weil sie

¹⁶ so Neumann in Neumann u.a. SGB IX, § 83 Rz. 8.

kein Arbeitsentgelt zahlen müssen und evtl. ein Interesse haben, den behinderten Arbeitnehmer nicht weiter zu beschäftigen.

Es bedarf der Anstrengung aller Akteure, dass solche Fälle vermieden werden. Hilfreich wäre dazu, das Verfahren im Konzept eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements detailliert zu regeln und seine Bedeutung hervorzuheben.

3. Externe Hilfen und ihre Nutzung

Als externe Hilfen stehen für das Betriebliche Eingliederungsmanagement vor allem die Leistungen der Rehabilitationsträger zur medizinischen Rehabilitation (§§ 26 ff. SGB IX) und zur Teilhabe am Arbeitsleben (§§ 33 ff. SGB IX) zur Verfügung. Daneben kann das Integrationsamt Leistungen erbringen (§ 102 SGB IX). Fachliche Unterstützung für das Betriebliche Eingliederungsmanagement bieten die Integrationsfachdienste (§§ 109 ff. SGB IX). Sie können auch zur Eingliederung behinderter Arbeitnehmer, die nicht schwerbehindert sind, beitragen (§ 109 Abs. 4 SGB IX).

An dieser Stelle soll den vielfältigen Möglichkeiten der Leistungserbringung nicht im Einzelnen nachgegangen werden. Der Blick soll vielmehr gelenkt werden auf **Obliegenheiten und Verpflichtungen des Arbeitgebers, von diesem Arsenal Gebrauch zu machen.**

In § 84 SGB IX ist nur von der Einschaltung des Integrationsamts die Rede, in Abs. 2 auch von der Einschaltung der Gemeinsamen Servicestelle der Rehabilitationsträger (§ 22 SGB IX) – und damit der Träger selbst -- die Rede.

Eine **Obliegenheit** zur Nutzung der Hilfen ergibt sich nur **aus dem allgemeinen Kündigungsschutz bei krankheitsbedingter Kündigung**¹⁷ und im **Verfahren der Zustimmung zur Kündigung** (§§ 85 ff. SGB IX, s. z.B. § 89 Abs. 1 Satz 3 SGB IX). Eine **Obliegenheit ergibt sich ferner im Rahmen des § 81 SGB IX** dort, wo eine Verpflichtung zur Weiterbeschäftigung, erforderlichenfalls auf einem anderen Arbeitsplatz oder zu sonstiger Förderung im Rahmen der Zumutbarkeit besteht, da andernfalls Schadensersatzansprüche in Betracht kommen¹⁸. In diesem Zusammenhang wird durch Hilfen die Frage der Zumutbarkeit beeinflusst, die für den Anspruch auf Schadensersatz wesentliche Grundlage ist (unten unter Nr. 4).

In diesem Zusammenhang ist auch auf eine Beschreibung der Zumutbarkeit hinzuweisen, die sich aus **Art. 5 der Richtlinie 2000/78 EG des Rates vom 27. November 2000** ergibt. Es heißt dort:

„Angemessene Vorkehrungen für Menschen mit Behinderung

Um die Anwendung des Gleichbehandlungsgrundsatzes auf Menschen mit Behinderung zu gewährleisten, sind angemessene Vorkehrungen zu treffen. Das bedeutet, dass der Arbeitgeber die geeigneten und im konkreten Fall erforderlichen Maßnahmen ergreift, um den Menschen mit Behinderung den Zugang zur Beschäftigung, die Ausübung eines Berufes, den beruflichen Aufstieg und die Teilnahme an Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen zu ermöglichen, es sei denn, diese Maßnahmen würden den Arbeitgeber unverhältnismäßig belasten. Diese Belastung ist nicht unverhältnismäßig, wenn sie durch geltende Maßnahmen im Rahmen der Behindertenpolitik des Mitgliedstaates ausreichend kompensiert wird.“

Es wird hier eine **Verpflichtung begründet, im Interesse der Gleichbehandlung die Beschäftigung der behinderten Menschen zu fördern** und dies für zumutbar erklärt, wenn die Aufwendungen ausreichend kompensiert werden.

Das Bundesarbeitsgericht (BAG) hatte allerdings zu § 74 SGB V (entspricht § 28 SGB IX) entschieden, dass der Arbeitgeber nicht verpflichtet ist, einen **Wiedereingliederungsvertrag** zu schließen, auch nicht, wenn dies zumutbar ist¹⁹. Ob dem jetzt noch zu folgen ist, erscheint

¹⁷ vgl. Kittner u.a. KSchG 4. Aufl. § 1 Rz 83a; Bepler in Gagel SGB III § 2 Rz 8 und 33 ff..

¹⁸ BAG AP Nr. 1 zu § 14 SchwBeschG.

¹⁹ BAG AP Nr. 1 und 3 zu § 74 SGB V; zur Kritik s. Gagel „Rehabilitation im Betrieb unter Berücksichtigung des neuen SGB IX – ihre Bedeutung und das Verhältnis von Arbeitgebern und Sozialleistungsträgern“, in NZA 2001,988.

insbesondere angesichts der zitierten Antidiskriminierungsrichtlinie der EG zweifelhaft. Sie ist zwar insoweit nicht unmittelbar in innerstaatliches deutsches Recht umgesetzt worden. Aus ihr erwachsen auch keine unmittelbaren Ansprüche gegen den Arbeitgeber²⁰. Sie ist aber ein bei der Auslegung zu beachtender Faktor der Zumutbarkeit; deutsches Recht sollte nicht im Widerspruch zu EG-Recht ausgelegt werden, selbst wenn das EG-Recht nicht unmittelbar gilt.

Jedenfalls gilt diese Rechtsprechung nicht für die Beurteilung der Zumutbarkeit von Integrationsmaßnahmen auf der Basis des § 81 SGB IX.

4. Materielle Verpflichtung des Arbeitgebers zu zumutbaren Integrationsmaßnahmen

Für schwerbehinderte Arbeitnehmer ergeben sich die **Verpflichtungen des Arbeitgebers insbesondere aus § 81 SGB IX. Sie bilden den Mindeststandard**, den Betriebliches Eingliederungsmanagement anstreben muss. § 81 SGB IX gilt für die Einstellung schwerbehinderter Menschen und ebenso – was häufig zu wenig hervorgehoben wird – für die Integration von schwerbehinderten Arbeitnehmern des Betriebes. Die Schwerpunkte sind aber unterschiedlich.

Wo es um die Einstellung geht, liegt das Schwergewicht des Arbeitgebers darauf, **Diskriminierungen zu vermeiden** (§ 81 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX). Hier ist zu beachten, dass durch den oben unter 3. zitierten Art. 5 der Richtlinie 2000/78 EG klar geworden ist, dass eine Diskriminierung auch dann vorliegt, wenn zumutbare Möglichkeiten, die Zumutbarkeit der Beschäftigung herzustellen, nicht genutzt werden.

Als Sanktionen für Verstöße gegen das Diskriminierungsverbot sind allerdings nur Entschädigungen von vergleichsweise geringer Höhe vorgesehen (§ 81 Abs. 2 Nr. 2-5 SGB IX).

Umso wichtiger ist es, durch ein funktionierendes Betriebliches Eingliederungsmanagement und in diesem Rahmen geeigneter Integrationsvereinbarungen Diskriminierungen zu vermeiden.

Diese Regeln gelten aber nur für schwerbehinderte Menschen. Weitergehende Gedanken der Richtlinie 2000/78 EG sind bisher nicht umgesetzt worden.

Sehr viel nachdrücklicher sind die **Verpflichtungen (Obliegenheiten) des Arbeitgebers bei der Beschäftigung seiner schwerbehinderten Arbeitnehmer**. Dabei spielt es keine Rolle, ob der Arbeitnehmer schon bei der Einstellung schwerbehindert war oder dies erst im Laufe des Arbeitsverhältnisses – aus welchem Grunde auch immer – geworden ist (s. den Beispielsfall unten unter 5.).

§ 81 Abs. 4 SGB IX stellt die Verpflichtungen des Arbeitgebers zusammen, die eine den Bedürfnissen des behinderten Arbeitnehmers angepasste Beschäftigung sicher stellen sollen.

Es geht dabei zunächst einmal um die Verpflichtung, den behinderten Arbeitnehmer **so einzusetzen, dass er seine Kenntnisse und Fähigkeiten möglichst voll verwenden kann** (§ 81 Abs. 4 Nr. 1 SGB IX). Der schwerbehinderte Mensch hat nicht nur einen Anspruch, überhaupt beschäftigt zu werden, sondern kann verlangen, dass der Arbeitgeber – soweit zumutbar – die Arbeitsorganisation so gestaltet, dass der schwerbehinderte Arbeitnehmer seine Kenntnisse und Fähigkeiten einsetzen und weiter entwickeln kann²¹. Es sind **u.U. sogar Arbeitsplätze frei zu kündigen**, soweit dies nicht zu sozialen Härten führt²².

Diese Verpflichtung des Arbeitgebers besteht fortlaufend; sie endet nicht mit der Einstellung²³. **Abgeschlossene Verträge sind deshalb den Bedürfnissen anzupassen**. Das gilt auch dann, wenn der Arbeitnehmer sich mit Wissen und Willen des Arbeitgebers **weitere Kenntnisse angeeignet hat**, deren Verwertung eine Änderung der Beschäftigung erfordert²⁴. Allerdings besteht kein Anspruch des schwerbehinderten Arbeitnehmers, unter den in Betracht kommenden Tätigkeiten nach seiner Neigung auszuwählen²⁵. Kann der Arbeit-

²⁰ BAG 18.2.2003, NZA 2003,742.

²¹ BAG AP Nr. 1 zu § 12 SchwBeschG Bl. 405 Vorderseite.

²² BAG AP Nr. 4 zu § 12 SchwBeschG.

²³ BAG AP Nr.3 zu § 12 SchwBeschG.

²⁴ BAG a.a.O.

²⁵ BAG AP Nr. 2 zu § 12 SchwBeschG.

nehmer nur durch Beförderung angemessen beschäftigt werden, ist er bevorzugt zu berücksichtigen; es besteht allerdings kein absoluter Beförderungsanspruch²⁶.

Die **Verpflichtung zur Vertragsanpassung besteht besonders auch dann, wenn der schwerbehinderte Arbeitnehmer seine arbeitsvertraglichen Pflichten nicht mehr oder nicht mehr voll erfüllen kann**. Dabei spielt es keine Rolle, ob der Arbeitnehmer schon vorher schwerbehindert war oder dieses erst im Arbeitsverhältnis geworden ist. Das Arbeitsverhältnis erlischt nicht ohne weiteres durch dauernde Arbeitsunfähigkeit. Der Arbeitgeber ist vielmehr verpflichtet, ihn wenn irgend möglich mit anderen Arbeiten zu beschäftigen²⁷.

Diese Rechtsprechung bildet für das Betriebliche Eingliederungsmanagement die Grundlage dafür, **Arbeitsunfähigkeit nicht hinzunehmen, sondern sie als Anlass zu sehen, die Art der Beschäftigung zu überprüfen und ggf. zu ändern**.

Der Arbeitgeber ist darüber hinaus verpflichtet, den schwerbehinderten Arbeitnehmer möglichst **so zu beschäftigen, dass er sich weiter qualifizieren kann** und ein Aufstieg möglich wird²⁸. § 81 Abs. 4 Nr. 2 und 4 SGB IX verpflichten zu diesem Zweck den Arbeitgeber, auch die berufliche Weiterentwicklung zu fördern.

Ein dritter Komplex betrifft die **Verpflichtung des Arbeitgebers zu einer den Bedürfnissen des behinderten Menschen** entsprechende Ausgestaltung des Arbeitsplatzes und des Arbeitsumfeldes (§ 81 Abs. 4 Nr. 4 und 5 SGB IX).

Es geht dabei zum Einen darum, dem schwerbehinderten Arbeitnehmer möglichst weitgehende Erleichterungen zu schaffen. Zum anderen wird aber durch solche Maßnahmen eine Beschäftigung des behinderten Arbeitnehmers überhaupt erst möglich. Bei Umsetzung dieser Verpflichtung erhält der Arbeitgeber vielfältige Unterstützung durch die Träger und das Integrationsamt sowohl in Form von Beratung als auch in Form von Leistungen. In diesen Bereich gehört auch die Schaffung von Teilzeitarbeitsplätzen (§ 81 Abs. 5 SGB IX).

Diese Hilfen spielen eine besondere Rolle für die Zumutbarkeit der erforderlichen Maßnahmen.

Das Betriebliche Eingliederungsmanagement muss also stets auch die möglichen Hilfen und Unterstützungsleistungen in Anspruch nehmen oder zulassen.

Ein **Verstoß gegen die Pflichten aus § 81 Abs. 4 SGB IX** hat für den Arbeitgeber schwerwiegende Folgen. Er hat nicht nur, wie im Falle der Diskriminierung, eine begrenzte Entschädigung zu zahlen (§ 81 Abs. 2 SGB IX), sondern ist zum **Schadensersatz** verpflichtet²⁹. Der Schadensersatz erstreckt sich insbesondere auf entgangenen Verdienst.

5. Ein Beispielfall

Der im März 1960 geborene Arbeitnehmer war seit dem 01. Juni 1981 ununterbrochen bei einem Nutzfahrzeughersteller – zuletzt als Maschinenführer – beschäftigt. Nach dem auf das Arbeitsverhältnis anwendbaren MTV war eine ordentliche Kündigung ausgeschlossen, als der Arbeitnehmer am 29. Oktober 2001 arbeitsunfähig wurde.

Er erkrankte an den Folgen eines Zeckenbisses. Die Gesundheitsstörung bewirkte schwere körperliche Funktionseinschränkungen, die schließlich zur Feststellung eines GdB von 80 v.H. führten.

Nach Entgeltfortzahlung und Krankengeldbezug ruhte das Arbeitsverhältnis nach Ablauf von 78 Wochen Entgelt- bzw. Leistungsbezug, d.h. der Arbeitnehmer war ohne Lohnfortzahlung von der Arbeitsleistung freigestellt. Er stand zunächst ungekündigt ohne Einkünfte da.

²⁶ BAG AP Nr. 3 zu § 11 SchwbG.

²⁷ BAG AP Nr. 1 zu § 14 SchwBeschG; BAG AP Nr. 3 zu § 11 SchwbG.

²⁸ BAG AP Nr. 2 zu § 11 SchwbG.

²⁹ u.a. BAG AP Nr. 1 zu § 14 SchwBeschG.

Der Arbeitnehmer meldete sich daraufhin im Mai 2003 arbeitslos, beantragte Arbeitslosengeld und eine Rente bei der zuständigen LVA wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.

Die Betriebsärztin untersuchte den Arbeitnehmer im Mai 2003 und stellte fest, dass der gelernte Werkzeugmacher auf Dauer nicht mehr als Maschinenführer an der Presse eingesetzt werden konnte. Sie hielt den Arbeitnehmer jedoch für fähig, nach einer Einarbeitung und nach Finanzierung eines geeigneten Kfz durch das Integrationsamt z.B. in der Poststelle des weitläufigen Betriebsgeländes zu arbeiten.

Der Arbeitgeber stimmte einem Wiedereingliederungsplan zu, nachdem der Arbeitnehmer, beginnend mit dem Mai 2003 über sechs Monate mit ansteigender Wochenarbeitszeit an einem „leidensgerechten Arbeitsplatz“ einzusetzen war. Er tat dies mit der schriftlichen Einschränkung: „. . . solange der leidensgerechte Arbeitsplatz in der Poststelle frei ist.“

Nach drei Wochen brach der Arbeitgeber die Wiedereingliederung ab. Bei einem Personalgespräch vom 26. Mai 2003, das aus Anlass des Abbruchs stattfand, und an dem neben dem Arbeitnehmer die Schwerbehindertenvertretung und die Personalabteilung teilnahmen, äußerte der Arbeitgeber, dass die Geschäftsleitung beabsichtige, ein Outsourcing der Poststelle zu betreiben. Andere leidensgerechte Arbeitsplätze seien nicht vorhanden.

Der Arbeitgeber war nach Hinweis auf die Zuschüsse zu Arbeitshilfen, die von der Betriebsärztin angesprochen worden waren (§ 34 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX) sowie auf die Eingliederungshilfen nicht dazu zu bringen, den Arbeitnehmer weiter zu beschäftigen. Offenbar zog er „Leiharbeit“ und das Outsourcing den Zuschüssen vor. Von einer Arbeitgeberkündigung aus personenbedingten Gründen sah er ab, weil diese – auch wenn die Zustimmung des Integrationsamts erfolgt wäre – mit der Kündigungsschutzklage angegriffen worden wäre und das Risiko der Zahlung einer Entlassungsentschädigung bestanden hätte.

Dieser Fall zeigt ein **völliges Versagen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements**. Weder der Beauftragte des Arbeitgebers noch die Schwerbehindertenvertretung noch der Betriebsrat haben sich um die während des Arbeitsverhältnisses eingetretene Schwerbehinderung gekümmert. Es ist nicht erkennbar, dass alle organisatorischen Möglichkeiten, eine Beschäftigung für den schwerbehinderten Arbeitnehmer zu schaffen, ausgelotet wurden.

a) Die Fehler beginnen damit, dass – soweit ersichtlich – der Arbeitgeber seine **Verpflichtung aus § 84 Abs. 2 SGB IX verletzt** hat. Er hat nach mehr als dreimonatiger Arbeitsunfähigkeit versäumt, auf den Arbeitnehmer zuzugehen und ein Gespräch über Integrationsbemühungen zu führen.

Die Verpflichtung war nicht davon abhängig, dass es sich um einen schwerbehinderten Menschen handelte; denn § 84 Abs. 2 SGB IX gilt auch für sonstige behinderte Menschen. Außerdem dient der frühe Kontakt gerade auch dazu, die Situation zu klären. Statt dessen ist hier über die Dauer von mehr als eineinhalb Jahren nichts geschehen.

b) Bei rechtzeitiger Intervention wäre schon frühzeitig eine Einarbeitung in die Aufgaben der Poststelle in Betracht gekommen. Der **Arbeitgeber wäre hier zur Vertragsanpassung verpflichtet gewesen**, nachdem der Arbeitnehmer die Pflichten aus dem bisherigen Arbeitsvertrag nicht mehr erfüllen konnte. Um dem Arbeitnehmer den Krankengeldanspruch zu sichern, wäre auch der Abschluss eines neuen Vertrages neben dem bisherigen denkbar gewesen³⁰. Die frühzeitige Beschäftigung in der Poststelle hätte dazu geführt, dass der Arbeitgeber im Falle des Outsourcing dieser Aufgaben dem schwerbehinderten Menschen hätte kündigen müssen.

³⁰ BAG AP Nr. 42 zu § 616 BGB; BAG AP Nr. 1 zu § 74 SGB V.

c) Es ist nicht ersichtlich, dass hinreichende Überlegungen angestellt wurden, für den schwerbehinderten Arbeitnehmer eine andere Tätigkeit und sei es auch nur als **Teilzeitarbeit**, zu finden oder zu schaffen.

d) Das Outsourcing des Arbeitsplatzes bei der Poststelle war allerdings nicht zu verhindern. Es handelt sich um eine unternehmerische Entscheidung, die zum Wegfall des Arbeitsplatzes führt. Das muss der Arbeitnehmer hinnehmen. Es ist aber gerechtfertigt, vom Arbeitgeber gerade deshalb besondere Anstrengungen zu verlangen, andere Beschäftigungsmöglichkeiten zu schaffen. Hierbei spielen alle Kriterien eine Rolle, die andernfalls für eine krankheitsbedingte Kündigung und die Zustimmung des Integrationsamts maßgeblich gewesen wären. Der Arbeitgeber kann sich seinen Pflichten nicht dadurch entziehen, dass er nicht kündigt.

e) Als **Sanktion kommen u.U. Schadensersatzansprüche in Betracht**, wenn eine Beschäftigung unter veränderten Arbeitsbedingungen möglich gewesen wäre.

6. Fazit

Die Umsetzung des SGB IX im Betrieb erfordert, dass der Arbeitgeber und sein Beauftragter ein Betriebliches Eingliederungsmanagement aufbauen, dass die Einhaltung des Gesetzes sicherstellt.

Darüber hinaus muss angestrebt werden, dass dieses Management auch die behinderten Arbeitnehmer erfasst, die nicht schwerbehindert sind.

Dieses Management sollte zum Kristallisationspunkt auch aller Fragen des betrieblichen Managements von Fragen der Gesundheit und der Leistungsminderung ausgebaut werden.

2.1.7 Interviews mit EM-Antragstellern im Rahmen des PRVE-Projektes

2.1.7.1 Hintergrund

Erwerbsminderung als Phänomen ist selten ein akut eintretendes Ereignis, sondern vielmehr ein schleichender Prozess. Dieser ist mit der Antragstellung auf eine Erwerbsminderungsrente keineswegs beendet oder unwiderruflich. Vielmehr zeigt die hohe Ablehnungsrate von EM-Anträgen (ca. 40 %) – meistens wegen der fehlenden persönlichen Voraussetzungen für eine EM-Rente –, dass auch in dieser Phase rehabilitatives Potential vorhanden ist.

Das SGB IX stellt die Betroffenen und ihre Bedürfnisse in den Mittelpunkt. Daher reicht es nicht aus, das EM-Verfahren wie in Kapitel 3 aus theoretischer Perspektive zu beschreiben und daraus normative Forderungen abzuleiten. Erst die Ansprüche der Betroffenen an die Verwaltung können hinreichende Änderungen an der Verfahrenspraxis begründen und initiieren. Vor diesem Hintergrund sollten EM-Antragsteller vor allem zu folgenden Themen befragt werden:

- Wie hat sich der Gesundheitszustand entwickelt?
- Welche Leistungen zur Teilhabe wurden evtl. vor EM-Antragstellung erbracht?
- Welche Gesichtspunkte waren letztlich für die Antragstellung auf EM-Rente ausschlaggebend?
- Mit welchen Institutionen bestand bereits vor der Antragstellung Kontakt (z.B. Krankenkasse, Behindertenverbände, Rentenversicherung)?
- Welche Beratungsleistungen wurden von diesen Institutionen vermittelt?
- Wie ist das Verwaltungsverfahren hinsichtlich des Antrags auf EM-Rente erlebt worden?
- Welche Beratungsleistungen wurden während des Verfahrens von der Rentenversicherung vermittelt?

2.1.7.2 Erhebungsdesign

Im Zeitraum von Dezember 2003 bis Januar 2004 wurden insgesamt sieben EM-Antragsteller interviewt. Sie wurden mit Hilfe der LVA Westfalen wie Abbildung 2.1-4 dargestellt rekrutiert:

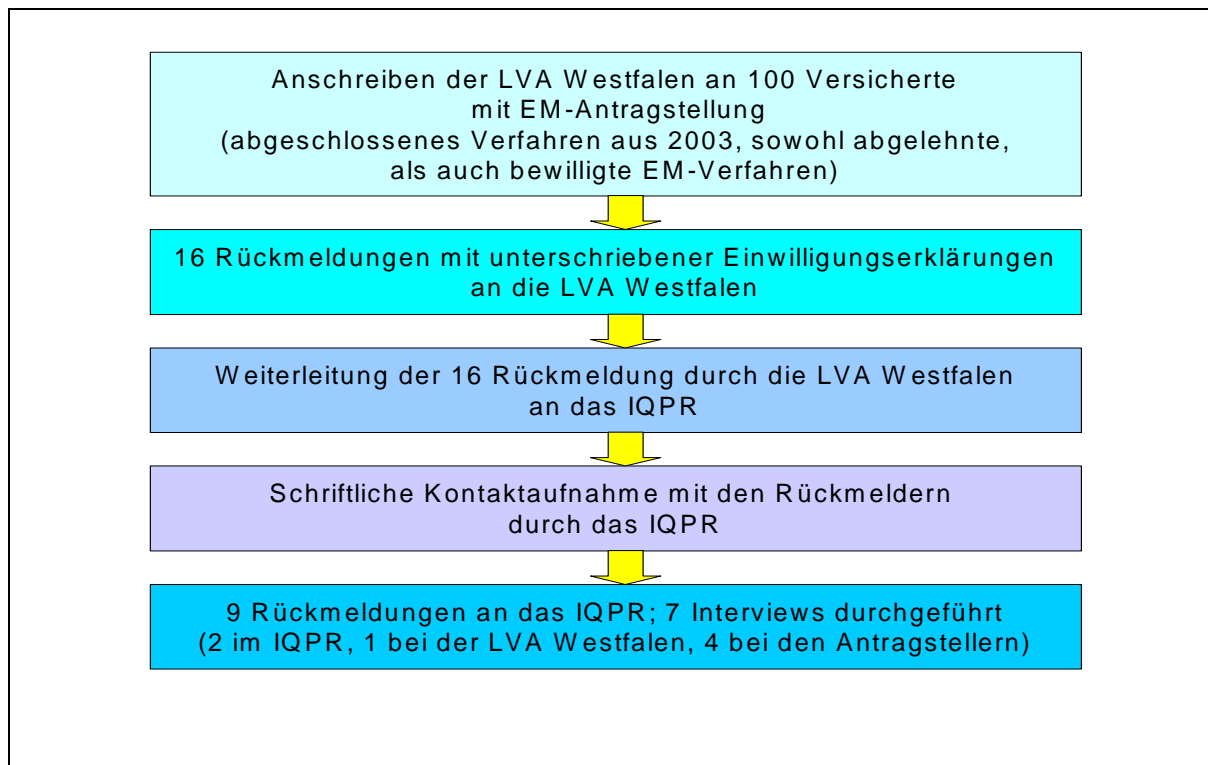


Abbildung 2.1-4 Rekrutierung der Interviewteilnehmer

Mit den EM-Antragstellern wurde ein leitfadengestütztes Interview geführt (Fragenkatalog siehe Anhang). Dabei war es nicht das Ziel, die Fragen in chronologischer Reihenfolge oder vollständig ‚abzuarbeiten‘. Sie sollten den Gesprächen einen geordneten Rahmen geben und somit die spätere Auswertung erleichtern. Hierzu diente auch die Aufzeichnung der Interviews auf Mini Disc. Sechs der sieben Gesprächspartner waren mit der Aufnahme einverstanden. In einem Fall erfolgte die Auswertung allein anhand der schriftlichen Aufzeichnungen, die dem Interviewpartner anschließend zur Ergänzung/Verbesserung zur Verfügung gestellt worden sind. Die Gesprächsdauer betrug 35 bis 75 Minuten, die meisten Interviews dauerten etwas mehr als eine Stunde.

Die Rücklaufquote bei der LVA Westfalen betrug 16 %. Nach dem Schriftwechsel zwischen dem IQPR und den EM-Antragstellern konnten schließlich sieben Gesprächspartner gewonnen werden (in einem Fall nur Rückmeldung per E-Mail, in einem anderen Fall zu späte Rückmeldung). Es kann die Vermutung angestellt werden, dass insbesondere bei den Personen Gesprächsbereitschaft vorhanden war, die mit dem EM-Verfahren unzufrieden waren. Weiterhin kann auch wegen der geringen Anzahl der geführten Gespräche nicht von einer repräsentativen Befragung ausgegangen werden. Die sich abzeichnenden Trends können daher eher Hinweise für eine umfangreichere Untersuchung zur Erfassung des Beratungsbedarfs bei EM-Antragstellern geben.

2.1.7.3 Ergebnisse

Nach der Darstellung von Ergebnissen allgemeiner Art (z.B. durchschnittliches Alter, Erwerbsstatus) wird die Beratung in drei Phasen eingeteilt (vor, während und nach EM-Antragstellung). Die unterschiedlichen Fragenblöcke werden den einzelnen Beratungsphasen entsprechend zugeordnet.

2.1.7.3.1 Allgemeines

Die Interviewpartner waren im Durchschnitt 51 Jahre alt. Dies entspricht dem durchschnittlichen Zugangsalter bei Erwerbsminderungsrenten.

Zwei Interviewpartner sind derzeit beim Arbeitsamt als arbeitslos gemeldet, Anspruch auf Arbeitslosengeld besteht aber nur in einem Fall. Drei der Befragten erhalten eine jeweils befristete volle EM-Rente, wovon in zwei Fällen die Berentung auf Grund von Rückenbeschwerden erfolgte. Ein Interviewteilnehmer befand sich zum Zeitpunkt der Befragung in dem Status einer Ich-AG, wollte sich aber aus diesem Modell verabschieden und sich arbeitslos melden. In einem Gespräch ist der aktuelle Status nicht erfragt worden; dort lief ein erneutes EM-Verfahren.

Von den fünf Befragten, bei denen nachgefragt wurde, verfügten vier über eine abgeschlossene Berufsausbildung. Niemand übte zum Zeitpunkt der Befragung allerdings den ursprünglich erlernten Beruf noch aus bzw. tat dies vor der Berentung/der Arbeitslosigkeit. Die Person ohne Berufsausbildung war im Wesentlichen im Gastronomiebereich und als Taxifahrer beschäftigt. Die beiden Nicht-Befragten übten jeweils eine körperlich anstrengende Tätigkeit im Rohrleitungsbau aus. Die Verbindung der Variablen ‚Status‘ und ‚Berufsausbildung‘ kann der Tabelle entnommen werden.

Tabelle 2.1-1 Kombination von Status und Berufsausbildung

	Mit Berufsausbildung	Ohne Berufsausbildung	Nicht erfragt
Arbeitslos	1	1	
EM-Rente	2		1
Ich-AG			1
Nicht gefragt	1		

2.1.7.3.2 Beratung vor EM-Antragstellung

Ein Kennzeichen von Erwerbsminderung ist oftmals die schleichende Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Anfangs noch nicht manifeste oder nicht diagnostizierbare Probleme konkretisieren und verschlimmern sich im Zeitablauf. Insofern ist der optimale Zeitpunkt zur Intervention – und damit auch zur Beratung – nur sehr schwer festzulegen. Allerdings kann davon ausgegangen werden, dass zuerst die Haus- oder Fachärzte von den Betroffenen aufgesucht werden, bevor sie sich direkt an die Sozialversicherungsträger wenden.

In den meisten Fällen (fünf) konnte dieser schleichende Prozess bestätigt werden, wobei aber nicht von einer gleichmäßigen linearen Zunahme der Gesundheitsprobleme ausgegangen werden kann. In einem Fall liegen zwar über einen langen Zeitraum Rückenprobleme vor, sie sind aber nicht mit AU-Zeiten verbunden gewesen und konnten stets durch (kurzfristige) Behandlungsmaßnahmen (z.B. Spritzen und Krankengymnastik) gemildert werden. Der Arbeitgeber bekam dadurch nichts von den Beschwerden mit. Bei einem anderen Gesprächspartner findet sich eine Kombination von physischen und psychischen Problemen, wovon letztere den Ausschlag für die EM-Antragstellung gegeben haben. Insgesamt gingen in vier der fünf Fälle ‚Kernerlebnisse‘ der EM-Antragstellung voraus (z.B. erneuter Bandscheibenvorfall, ohne dass hier von einem akuten Ereignis als dem einzigen Auslöser für die EM-Antragstellung gesprochen werden könnte). Lediglich in einem Fall lag von Kindheit an eine chronische Krankheit vor, die Auslöser für die mehrmalige EM-Antragstellung war.

Für die übrigen beiden Fälle stellt sich die Situation anders dar. Hier waren einerseits ein Wegeunfall und andererseits ein (nicht als solcher von der BG anerkannter) Arbeitsunfall der Grund, der schließlich zur Antragstellung auf EM-Rente geführt hat. Dabei wurde aber in einem Fall der EM-Antrag erstmalig erst Jahre später gestellt, nachdem sich der Gesundheitszustand im Laufe der Jahre verschlechtert und die Leistungsfähigkeit trotz wiederholter

Leistungen zur Teilhabe weiter abgenommen hat. Daher kann auch hier eher von einem schleichenden Verlauf ausgegangen werden.

Entsprechend der individuellen Verlaufsgeschichte bestanden vor der EM-Antragstellung mit unterschiedlichen Personen und Institutionen Beratungskontakte. Der Fall des klassischen Wegeunfalls wurde von der verantwortlichen BG begleitet. Die angeratene und auch eingeleitete medizinische stationäre Reha-Maßnahme ist von dem Betroffenen als nicht besonders effektiv erlebt worden. Dies lag vor allem daran, dass die Maßnahmen nicht über diejenigen hinausgingen, die bereits während des Akut-Klinikaufenthaltes vorgehalten wurden. Die bereits zu Beginn der Reha beschlossene Verlängerung wurde unter dem Hinweis, dass ansonsten negative Konsequenzen durch die BG zu erwarten wären, förmlich angedroht und entsprach nicht dem Selbstbestimmungsrecht des Versicherten. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wurden – wohl auf Grund der Kombination Verletzungsschwere und fortgeschrittenes Alter – nicht in Erwägung gezogen. Durchaus angedachte Überlegungen zur stufenweisen Wiedereingliederung wurden nicht weiter verfolgt.

Auch bei einem weiteren Interviewpartner wurde der Aufenthalt in einer Reha-Klinik negativ erlebt. Die beantragte Einzeltherapie bei dem leitenden Therapeuten erwies sich als ‚Flop‘. Auch ist die Einleitung zu dieser Maßnahme eher zufällig und nicht durch systematische Beratungsaktivitäten entstanden. Auf die in der Reha-Klinik institutionalisierte Sozialberatung ist der Befragte erst durch einen Hinweis eines anderen Rehabilitanden gestoßen. Sehr zufriedenstellend war allerdings die lang zurückliegende Umschulung in einem Berufsförderungswerk und die stufenweise Wiedereingliederung nach einem Arbeitsunfall.

Unbefriedigend verlief die Beratung bei einem Interviewpartner, weil er durch das Arbeitsamt zweimal in unpassende Stellen vermittelt worden ist. Bei beiden Stellen war nach kurzer Zeit offensichtlich, dass die (körperlichen) Anforderungen die Leistungsfähigkeit deutlich übersteigen. Trotz zwei bewilligter Reha-Maßnahmen inklusive eingehender Leistungsdiagnostik wurde nach Meinung des Interviewten zuwenig gegen die fortschreitende Leistungsabnahme getan.

Positive Erfahrungen über die erbrachten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation konnte ein Teilnehmer berichten. Zwar habe der leitende Arzt zu Beginn eine negative Prognose gestellt, die Motivation wäre von Seiten des Interviewten aber so stark gewesen, dass er gleich zu Beginn eine Verlängerung beantragt hat und sich anschließend sein Gesundheitszustand täglich verbessert hat. Gewechselt wurde allerdings der Facharzt, weil der erste Orthopäde sich wenig konstruktiv zu den EM-Rentenplänen geäußert hat („Wenn alle Leute so früh in Rente gehen würden...“). Einschränkend ist zu ergänzen, dass von Seiten der LVA nach einer zweiten medizinischen Reha zwar Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben angedacht, anschließend aber nicht weiter verfolgt worden sind.

In einem weiteren Fall liegt eine lang andauernde chronische Krankheit vor, auf Grund derer bereits mehrere Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht worden sind. Von Seiten des Vertrauensarztes ist ein Alternativberuf vorgeschlagen worden, der aber nicht den Vorstellungen des Interviewpartners entsprochen hat. Die generelle Bereitschaft zur Umschulung ist vorhanden, ein aktives Zugehen auf ein Sozialversicherungsträger ist allerdings nicht zu erkennen. Mit der Krankenkasse und den behandelnden Haus- bzw. Fachärzten ist im Vorfeld der EM-Antragstellung über die Chancen einer Bewilligung der EM-Rente gesprochen worden, diese sind aber als eher gering eingestuft worden. Nach den ergänzend zu der chronischen Krankheit vorgefallenen zwei Herzinfarkten wurden weder von der Akutklinik, noch von der LVA Leistungen zur Teilhabe angeregt. Der trotzdem gestellte EM-Antrag wurde mit der Begründung auf die noch nicht ausreichende Wartezeit seit der letzten Reha-Maßnahme abgelehnt. Die bis zu den Herzinfarkten ausgeübte und im Hinblick auf die chronische Erkrankung äußerst ungünstige Tätigkeit ist z. B. nicht beim Arbeitsamt problematisiert worden, weil die Aussichten auf eine andere Anstellung zu schlecht waren.

Ein Interviewpartner berichtete allein von der Empfehlung durch die Akutklinik, einen Schwerbehindertenausweis zu beantragen. Fragen ergaben sich aus der erhaltenen Rentenauskunft über die (geringe) Höhe des Anspruchs.

Beim letzten Gesprächspartner lagen zwar schon lange vor der EM-Antragstellung gesundheitliche Probleme vor, denen aber von dem behandelnden Arzt allein mit kurativen Maßnahmen begegnet wurde. Längere AU-Zeiten lagen nicht vor, die ein Eingreifen der Krankenkasse hätte begründen können. Auf die vom Hausarzt empfohlenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist der Interviewte zunächst nicht eingegangen, weil er sich noch nicht reha-fähig fühlte, holte sie aber nach. Gemeinsam mit dem Hausarzt ist im Anschluss an die Reha überlegt worden, welche weiteren Behandlungen Sinn machen. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind durch die LVA nicht angeregt worden.

2.1.7.3.3 Beratung während des EM-Verfahrens

Während des EM-Verfahrens wechseln sowohl die Akteure, als auch die Inhalte der Beratung. Es geht darum, dass trotz Massengeschäft die individuellen Anliegen und Bedürfnisse der Betroffenen berücksichtigt werden. Schließlich ist die EM-Antragstellung und der daraus resultierende Austritt aus dem Erwerbsleben eine ebenso bedeutsame Weichenstellung wie der Eintritt in das Berufsleben. Daher muss untersucht werden, auf wessen Initiative der EM-Antrag gestellt wurde und wie das Verfahren von den Antragstellern erlebt worden ist.

Die Initiative zur EM-Antragstellung ging bei den Befragten insgesamt nur in einem Fall von dem Betroffenen aus – dort war es eine Entscheidung, die zusammen mit Verwandten beratschlagt wurde. Bei den übrigen Interviewpartnern kam die ursprüngliche Idee von anderer Seite, nämlich:

- von der BG, die gleich eine doppelte Antragstellung empfiehlt (auf Alters- und auf EM-Rente, die beide abgelehnt wurden),
- vom Sozialbüro in einer Reha-Klinik, die den Betroffenen erstmalig auf das Auslaufen des Krankengeldes und die damit verbundenen Konsequenzen informierte,
- jeweils in einem Fall vom Arbeitsamt und von der Krankenkasse
- und in zwei Fällen von behandelnden Ärzten.

Die Interviewpartner nutzten verschiedene Anlaufstellen, um ihre EM-Anträge aufnehmen zu lassen. Die Möglichkeiten der LVA wurden in fünf der sieben Fälle genutzt (in zwei Fällen wurde der Versicherungsälteste, in drei Fällen eine Auskunft- und Beratungsstelle der LVA aufgesucht). In zwei weiteren Fällen wurde der EM-Antrag bei einer Krankenkasse aufgenommen. Einmal wurde der VdK um Unterstützung gebeten, im weiteren Verlauf des Falles aber nicht weiter konsultiert.

Auch die weiteren Begegnungen mit Mitarbeitern der LVA differieren innerhalb der Interviewteilnehmer. Zwei von ihnen hatten lediglich Kontakt mit dem Versicherungsältesten bzw. der Auskunft- und Beratungsstelle, eine sozialmedizinische Begutachtung durch die LVA fand nicht statt. Der Informationsgehalt beschränkte sich in einem Fall auf die Vermutung des Versicherungsältesten, dass die gestellten Anträge wahrscheinlich nicht genehmigt werden würden (was so auch eintrat). In einem Fall gab es außer dem Termin bei Antragsaufnahme nur noch ein weiteres Zusammentreffen mit der LVA bei der sozialmedizinischen Untersuchung. Diese Untersuchung ist von dem Befragten als sehr unbefriedigend erlebt worden, weil er sich mit seinen gesundheitlichen Problemen durch den Gutachter nicht ernst genommen fühlte. Drei Gesprächspartner hatten im Laufe des EM-Verfahrens häufiger Kontakte zu den LVA-Mitarbeitern. Diese reduzierten sich aber in der Regel auf z.B. telefonische Nachfragen bzw. Auskünfte, die sich auf den aktuellen Stand des Verfahrens bezogen. Von einer umfangreichen Beratung wurde in keinem Fall berichtet. Statt dessen gaben zwei Interviewteilnehmer zu, dass sie sich über den genauen Inhalt des gestellten Antrags nicht bewusst waren und die Kriterien nach § 43 SGB VI für die Bewilligung einer EM-Rente nicht kannten. Neben den teilweise als zu lang empfundenen Wartezeiten (auf den Begutachtungstermin oder auf den Bescheid) bzw. der nicht ausreichenden Zeit der Mitarbeiter, die ohne vorherigen Termin aufgesucht wurden, wurde außerdem deutlich, dass die Interviewteilnehmer z.T. unzufrieden mit dem Informationsfluss während des Verfahrens waren. Z.B. war einem Ge-

sprächsteilnehmer nicht klar, dass bei nicht erfolgreicher Rehabilitation der Reha-Antrag nach § 116 Abs. 2 Nr. 2 SGB VI in einen Rentenanspruch umgedeutet wird. Schließlich fühlte sich ein Interviewteilnehmer nicht ausreichend unterstützt durch die LVA. Durch seine Leseschwäche wurde der Kontakt zur LVA erschwert, die sich außerdem über den lang andauernden – und auch bekannten Prozess der abnehmenden Leistungsfähigkeit nicht ausreichend gekümmert habe. Nur einer der Befragten äußerte sich explizit dahingehend, dass er sich von der LVA immer gut informiert gefühlt hat, wenn auch einschränkend, da die jeweiligen Verfahren (auch die Anträge auf Leistungen zur Teilhabe) eine lange Bearbeitungszeit nach sich zogen. Die sozialmedizinische Begutachtung ist in diesem Fall als sehr kompetent erlebt worden. Wenn auch nicht auf mögliche Leistungen zur Teilhabe eingegangen worden ist, so wurden wenigstens andere mögliche Berufsfelder angesprochen.

2.1.7.3.4 Beratung nach dem EM-Verfahren

Die Beratungsphase nach dem EM-Verfahren ist im Vergleich zu dem Zeitraum vor der Antragstellung nicht weniger bedeutsam. Dies gilt sowohl für die bewilligten als auch für die abgelehnten Fälle. Zwar genießt die Personengruppe mit den bewilligten Anträgen die finanzielle Sicherheit der EM-Rente. Da diese in der Regel jedoch nur noch auf Zeit bewilligt wird, stellt sich schon in der Phase des EM-Rentenbezugs die Frage nach wahrscheinlichen Perspektiven und nach möglichen Szenarien im Anschluss an den EM-Rentenbezug. Zukunftsfragen stellen sich noch vordergründiger bei der Personengruppe mit abgelehnten Anträgen, da ihnen u.a. eine lang andauernde Arbeitslosigkeit und eine damit verbundene Perspektivlosigkeit droht. Sofern eine Rückkehr in das Erwerbsleben eher unwahrscheinlich ist, wird vor dem Hintergrund des SGB IX der Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft bei den Beratungsaktivitäten berücksichtigt werden müssen. Vor dem Hintergrund schlechterer Morbiditäts- und Mortalitätsraten von EM-Antragstellern im Vergleich mit Nicht-EM-Antragstellern gewinnt so der Grundsatz ‚Reha vor Pflege‘ an Stellenwert.

Bei den Befragten überwiegt der Wunsch, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Zwar sehen drei Interviewpartner auf Grund der derzeitigen gesundheitlichen Probleme (zwei von ihnen sind EM-Rentenbezieher) und der allgemein schlechten Arbeitsmarktlage keine oder nur geringe Chancen für den Wiedereinstieg in das Erwerbsleben, eine grundsätzlich mangelnde Motivation zur Erwerbsarbeit kann ihnen aber deshalb nicht attestiert werden. Drei andere Befragte äußern sich dahingehend, dass sie nach der Überwindung ihrer Krankheit wieder in das Berufsleben zurückkehren möchten, die Genesung derzeit aber im Vordergrund steht. Besonders stark ist der Wunsch des Wiedereinstiegs in das Berufsleben für einen schon über 60ig jährigen Interviewpartner. Dieser zählt sich noch nicht ‚zum alten Eisen‘ und möchte gegen die Empfehlungen verschiedener Sozialversicherungsträger (‚Machen Sie sich noch ein paar schöne Jahre.‘) und der Familie unbedingt weiterarbeiten. Da in seinem Fall eine berufliche Umschulung oder die Rückkehr auf den alten Arbeitsplatz schon im Akutkrankenhaus durch den Berufshelfer quasi ausgeschlossen wurden, stellt der Befragte Überlegungen an, sich noch einmal selbstständig zu machen. Weiterhin ist ein hohes Maß an Eigeninitiative bei der Jobsuche zu erkennen, auf Grund derer z.B. ein Beratungstermin beim Arbeitsamt nicht wahrgenommen wurde. Die darauf folgende Abmahnung und Drohung durch das Arbeitsamt kann von dem Betroffenen nicht nachvollzogen werden.

Einem anderen Gesprächspartner (aktueller EM-Rentenempfänger) ist durch dessen Therapeuten ein weiterer Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nahegelegt worden. Auf Grund der schlechten Erfahrungen aus dem ersten Aufenthalt in einer Reha-Klinik traf dieser Vorschlag zunächst auf Ablehnung, ist aber anschließend doch befolgt worden. Andere Beratungsaktivitäten durch einen Sozialversicherungsträger haben nicht stattgefunden.

Eine vergleichbare Situation findet sich bei den übrigen Interviewteilnehmern. Zwei der momentanen EM-Rentenbezieher hoffen auf eine erneute Genehmigung nach Ablauf des Bewilligungszeitraumes. Einem weiteren Interviewteilnehmer wurde nach der Ablehnung eines Antrags auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auf Initiative der LVA ein EM-Antrag zugeschickt. Da in diesem Fall bereits seit über einem Jahrzehnt immer wieder versucht

wurde, die EM-Rente genehmigt zu bekommen, wird auch hier die Hoffnung auf die Bewilligung gesetzt. Gleichzeitig steht die Person aber weitergehenden Beratungsangeboten von Seiten der LVA offen gegenüber, z.B. in den Bereichen Ernährung und Sport.

Niemand von den Interviewteilnehmern konnte über Beratungsaktivitäten in den oben angesprochenen Bereichen (Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, Reha vor Pflege) berichten. Auch scheint es keine Beratungsgespräche über langfristige Perspektiven – sei es die Rückkehr in das Erwerbsleben, sei es die neue Lebenssituation im vorzeitigen Ruhestand – gegeben zu haben. Bei den Befragten herrscht eine gewisse Enttäuschung gegenüber den Sozialversicherungsträgern – nicht nur gegenüber der LVA – vor. Andererseits können konkrete Beratungsbedürfnisse nur selten geäußert werden; die Unzufriedenheit richtet sich eher gegen die z.T. für die Betroffenen wenig nachzuvollziehenden Verfahren und Entscheidungen.

2.1.7.4 Fazit

Eine retrospektive Aufbereitung kann zentrale Erlebnisse oder Geschehnisse innerhalb eines individuellen Falles aufdecken, Fehlentscheidungen oder Schritte in die falsche Richtung werden deutlich. Ziel der Gespräche war es nicht, diese Schwachstellen zu kritisieren, sondern alle Beteiligten für Verbesserungspotentiale zu sensibilisieren.

Als ein wichtiges Hemmnis für die Rückkehr ins Erwerbsleben wird u.a. die fehlende Motivation der EM-Antragsteller angeführt. Dieser Mangel konnte anhand der Gespräche nicht bestätigt werden (in einem Fall wurde der Befragte bei seiner Arbeitssuche sogar förmlich ‚ausgebremst‘). Die Initiative für den EM-Antrag geht vielmehr von Institutionen aus, mit denen die Betroffenen auf Grund ihrer gesundheitlichen Beschwerden Kontakt haben (z.B. Hausärzte, Krankenkassen), weniger von ihnen selbst. Eine Rentenfiktion tritt somit eher vor dem Hintergrund finanzieller Unsicherheiten ein, angewiesen auf staatliche Sozialleistungen sind die Beteiligten aber eher ungern.

Ein einschränkend positives Fazit kann bei der Erbringung von Leistungen zur Teilhabe gezogen werden, da alle Befragten vor der EM-Antragstellung an entsprechenden Maßnahmen teilgenommen haben. Allerdings liegen diese teilweise recht lange zurück und beschränken sich fast ausschließlich auf den Bereich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind nur in einem Fall erbracht, in anderen Fällen nur kurz angesprochen, aber nicht weiter verfolgt worden. Das ist vor allem bei langwierigen Fällen (z.B. wiederholt abgelehnte EM-Antragstellung) unbefriedigend. Hier erscheint auch eine stärker fallorientierte Beratung zwischen den Rehabilitationsträgern notwendig. Die für solche Fälle konstruierte Gemeinsame Servicestelle war keinem der Interviewten bekannt.

Den Gesprächen zwischen den EM-Antragstellern und der LVA kann eher ein Auskunft- als Beratungscharakter zugeschrieben werden, weil sie sich überwiegend auf den Stand des Verfahrens oder sonstige Auskünfte beziehen. Es ist zu hinterfragen, ob die EM-Antragsteller auf dieser Grundlage – und bei Berücksichtigung der relativ hohen Ablehnungsquote – eine fundierte Entscheidung für oder gegen die EM-Rente treffen können. Jedenfalls erleben sie das EM-Verfahren mehrfach als ‚Black-box‘ – die Entscheidung über einen EM-Antrag kann nicht nachvollzogen werden. Zu bemerken ist, wie hilflos einige Interviewpartner dem ablehnenden Bescheid gegenüberstehen.

Insgesamt scheinen die Sozialversicherungsträger nicht als Beratungsinstitution, sondern eher als Verantwortliche für die Bewilligung von Sozialleistungen wahrgenommen zu werden. Eine Kombination dieser beiden Gesichtspunkte kann zu einer bürgernahen und niederschweligen Verwaltung beitragen und der bedarfsgerechten Inanspruchnahme von Sozialleistungen Vorschub leisten.

2.2 Zahlen und Fakten zur Erwerbsminderung

Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bilden, neben den verschiedenen Altersrenten und den Renten wegen Todes, die dritte Art von Rentenzahlungen. Sie zeichnen sich u.a. dadurch aus, dass sie nach § 43 SGB VI auf Grund von Krankheit oder Behinderung gezahlt werden und bei der Bearbeitung der Anträge geprüft werden muss, ob nicht Leistungen zur Teilhabe die Notwendigkeit einer Erwerbsminderungsrente verzögern oder ganz vermeiden können.

2.2.1 Antragszugänge, Finanzvolumen und Bezugsdauer von Erwerbsminderungsrenten

Wie aus Tab. 2.2-1 ersichtlich, machen Anträge auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (EM-Anträge) ca. 25 % aller neu gestellten Renten-Anträge aus³¹. In etwa vergleichbar ist die Anzahl der Rentenanträge wegen Todes. Demnach gehen ca. 50 % aller Rentenanträge auf die verschiedenen Altersrenten zurück. Während die Anträge auf Erwerbsminderungsrente seit 1992 fast kontinuierlich zugenommen und 1996 mit über 500.000 Anträgen einen Höchststand erreicht haben, sinkt seitdem die Anzahl der EM-Anträge wieder. Die leichte Erhöhung im Jahr 2000 kann als Reaktion auf die bevorstehende Gesetzesänderung interpretiert werden, noch einen EM-Antrag zu stellen, bevor deren Bewilligung evtl. durch die Reform des § 43 SGB VI schwieriger würde.

Tab. 2.2-1: Effektive Antragszugänge insgesamt gesetzliche Rentenversicherung (VDR)

Jahr	Effektive Antragszugänge Renten insgesamt	davon: Renten wegen Alters	Renten wegen Todes	Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit	Antragsentwicklung bei Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in % (1992=100 %)
1992	1.957.306	870.798	636.417	450.091	100,00
1993	1.929.155	944.706	535.337	449.112	99,78
1994	2.065.901	1.065.001	527.444	473.456	105,19
1995	1.939.623	947.519	496.391	495.713	110,14
1996	1.913.543	920.677	482.582	510.284	113,37
1997	1.908.643	943.732	470.929	493.982	109,75
1998	1.846.017	925.613	456.304	464.100	103,11
1999	1.869.057	988.258	445.900	434.899	96,62
2000	1.846.158	948.551	445.268	452.339	100,50
2001	1.754.559	923.506	440.638	390.415	86,74
2002	1.703.250	882.185	451.513	369.552	82,10

In der Tat ist seit der neuen Gesetzesregelung ein deutlicher Rückgang bei den EM-Anträgen zu verzeichnen. Allein im Jahr 2001 ging die Zahl der EM-Anträge um über 13 % auf ca. 390.000, im darauf folgenden Jahr erneut um 20.000 Anträge zurück. Im gleichen Zeitraum sind auch die Anträge auf Rente wegen Alters zurückgegangen; die Anzahl der Anträge auf Rente wegen Todes blieb in etwa konstant.

Die Zahl der Anträge ist ausschlaggebend dafür, welches Arbeitsvolumen auf die Selbstverwaltung der einzelnen Rentenversicherungsträger zukommt. Auch bei mittlerweile geringeren

³¹ Alle statistischen Angaben des Abschnitts sind den Internetseiten des VDR entnommen (siehe unten: <http://www.ifrr.vdr.de/internet/vdr/home.nsf/index.htm?OpenPage&content=http://www.ifrr.vdr.de/>) bzw. daraus abgeleitet worden.

Fallzahlen bei EM-Anträgen muss von einem **Massengeschäft** gesprochen werden. Trotzdem ist jeder Antrag als ein individueller Fall und vor dem Hintergrund der neuen Anforderungen des SGB IX zu bearbeiten.

Die Dringlichkeit der Berücksichtigung der neuen Verfahrensanforderungen in finanzieller Hinsicht wird klarer, wenn die tatsächlichen Rentenbestände nach Rentenarten und die durchschnittlichen Zahlungsbeträge der einzelnen Rentenarten in die Betrachtung einbezogen werden. Die Relation zwischen den Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit und den Regelaltersrenten hat sich in den letzten 20 Jahren stark verschoben: So gab es zu Beginn der 80er Jahre des letzten Jahrhunderts ungefähr doppelt soviel Regelaltersrenten wie Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit; 1985 standen ca. 3,5 Millionen Regelaltersrenten noch 2,5 Millionen Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit gegenüber. Dagegen wurden im Jahr 2003 mehr als 9 Millionen Regelaltersrenten und nur noch 1,8 Millionen Erwerbsminderungsrenten ausgezahlt.

Bei den durchschnittlichen Zahlungsbeträgen der einzelnen Rentenarten muss zwischen den neuen und alten Bundesländern unterschieden werden. Während bei den Männern in den alten Bundesländern der durchschnittliche Auszahlungsbetrag der Erwerbsminderungsrenten und der Regelaltersrenten in den letzten Jahren annähernd gleich war (z.B. 833 € bzw. 832 € im Jahr 2003, wobei allerdings die Altersrenten für langjährig Versicherte, für schwerbehinderte Menschen und wegen Arbeitslosigkeit/Altersteilzeitarbeit jeweils über 1150 € liegen), sind die Zahlungsbeträge der Erwerbsminderungsrenten in den neuen Bundesländern nicht nur niedriger als im Westen, sondern auch deutlich geringer als die dortigen durchschnittlichen Regelaltersrenten (732 € bzw. 1149 € im Jahr 2003). Bei den Frauen sind die Zahlungsbeträge der Erwerbsminderungsrenten insbesondere in den alten, aber auch in den neuen Bundesländern deutlich höher als die Zahlungsbeträge bei den Regelaltersrenten (645 € gegenüber 364 € im Westen bzw. 657 € gegenüber 602 € im Osten für das Jahr 2003).

Dies ergab im Jahr 2003 ein **monatliches** Finanzvolumen von mehr als 1,3 Milliarden € für die Auszahlung der Erwerbsminderungsrenten. Dem standen z.B. im **gesamten Jahr** 2002 Ausgaben der GRV in Höhen von 4,84 Milliarden € für Leistungen zur Teilhabe gegenüber.

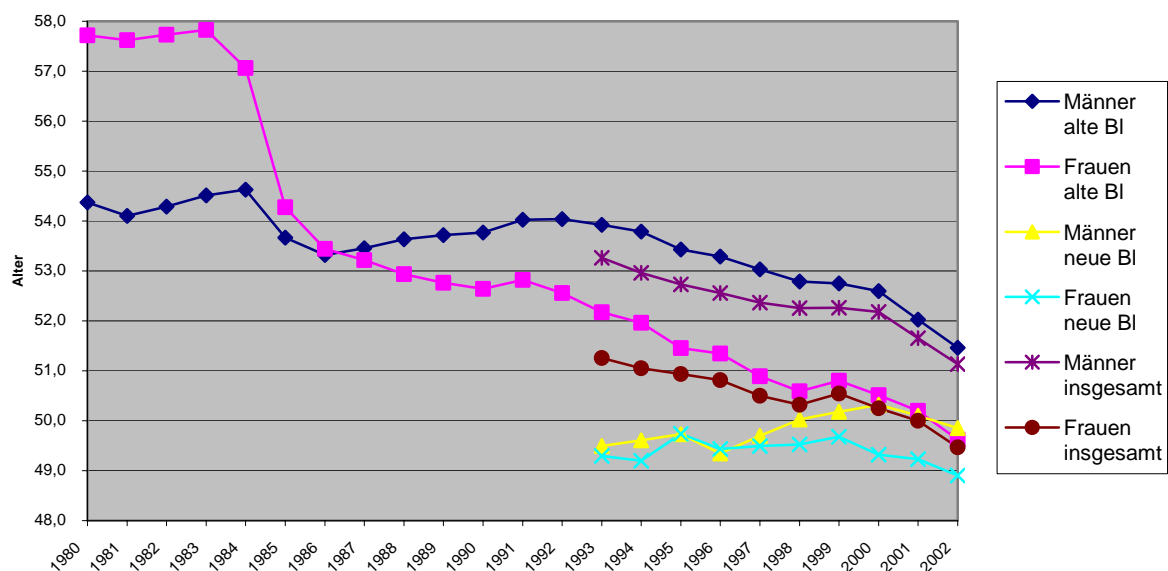


Abb. 2.2-1 Zugangsalter Erwerbsminderungsrente

Zudem muss berücksichtigt werden, dass die Auszahlungsdauer einer Erwerbsminderungsrente kontinuierlich steigt (s. Abb. 2.2-1). Betrug das durchschnittliche Zugangsalter bei Erwerbsminderungsrenten im Jahr 1980 bei Männern noch 54,4 und bei Frauen 57,7 Jahre, ist es bei den Männern im Jahr 2002 auf 51,1 Jahre abgesunken (alte und neue Bundesländer).

Bei den Frauen ist der Rückgang sogar noch stärker ausgeprägt und lag im Jahr 2002 bei 49,5 Jahren (alte und neue Bundesländer). Damit hat sich dort die Bezugsdauer innerhalb von nur 22 Jahren um mehr als 8 Jahre erhöht. Hingegen hat sich das Rentenzugangsalter bei Versicherungsrenten von 1980 bis zum Jahr 2002 von 58,5 Jahre auf 60,1 Jahre bei Männern und von 59,8 Jahre auf 60,7 Jahre bei Frauen geringfügig erhöht (jeweils alte und neue Bundesländer). Eine zur Debatte stehende Erhöhung des Renteneintrittsalters auf 67 Jahre würde die Bezugsdauer von Erwerbsminderungsrenten außerdem noch weiter erhöhen.

2.2.2 Diagnosehauptgruppen bei Erwerbsminderungsrenten

Zu den Diagnosehauptgruppen zählen Erkrankungen des Skeletts/der Muskeln/des Bindegewebes, Herz-Kreislauferkrankungen, Erkrankungen des Stoffwechsels/der Verdauung, Neubildungen sowie psychische Erkrankungen. In den letzten 10 Jahren haben sich hier sowohl bei den absoluten Zahlen als auch bei den relativen Verhältnissen zwischen den Diagnosehauptgruppen Verschiebungen ergeben.

Bei den Männern (s. Abb. 2.2-2) ist die Anzahl der Erwerbsminderungsrenten auf Grund von Erkrankungen des Skeletts/der Muskeln/des Bindegewebes von knapp 50.000 im Jahr 1993 auf ca. die Hälfte im Jahr 2002 zurückgegangen. Dies entspricht einem Rückgang des relativen Anteils von knapp 30 % auf unter 25 % aller Erwerbsminderungsrenten bei den Männern. Noch drastischer ist der Rückgang von Herz-Kreislauferkrankungen von über 42.000 im Jahr 1993 auf knapp 17.000 im Jahr 2002, gleichbedeutend mit einem Rückgang des relativen Anteils von ca. 25 % auf unter 17 %. Im gleichen Zeitraum ist ein lediglich leichter relativer Rückgang auf ca. 5 % bei den Erkrankungen des Stoffwechsels/der Verdauung zu verzeichnen, wenn auch die absoluten Zahlen von ca. 5.300 Fällen im Jahr 2002 um fast die Hälfte zurückgegangen sind. Absolut nur leicht zurückgegangen sind die Erwerbsminderungsrenten, die wegen Neubildungen bewilligt wurden. Die Summe von gut 13.000 Fällen im Jahr 2002 bedeutet allerdings einen Anstieg des relativen Anteils von ca. 9 % im Jahr 1993 auf knapp unter 13 % (in 2002) aller Erwerbsminderungsfälle bei den Männern. Sowohl absolut als auch relativ gestiegen ist bei ihnen der Anteil der psychischen Erkrankungen (und parallel dazu der Bedarf an psychotherapeutischen Leistungen und Reha-Aufwendungen für diese Diagnosegruppen). Mit fast 24.000 Fällen stellen sie die zweithäufigste Diagnosegruppe hinter den Erkrankungen des Skeletts/der Muskeln/des Bindegewebes dar. Dies sind knapp ein Viertel aller Erwerbsminderungsrentenbescheide bei den Männern. Damit hat sich der relative Anteil seit dem Jahr 1993 fast verdoppelt.

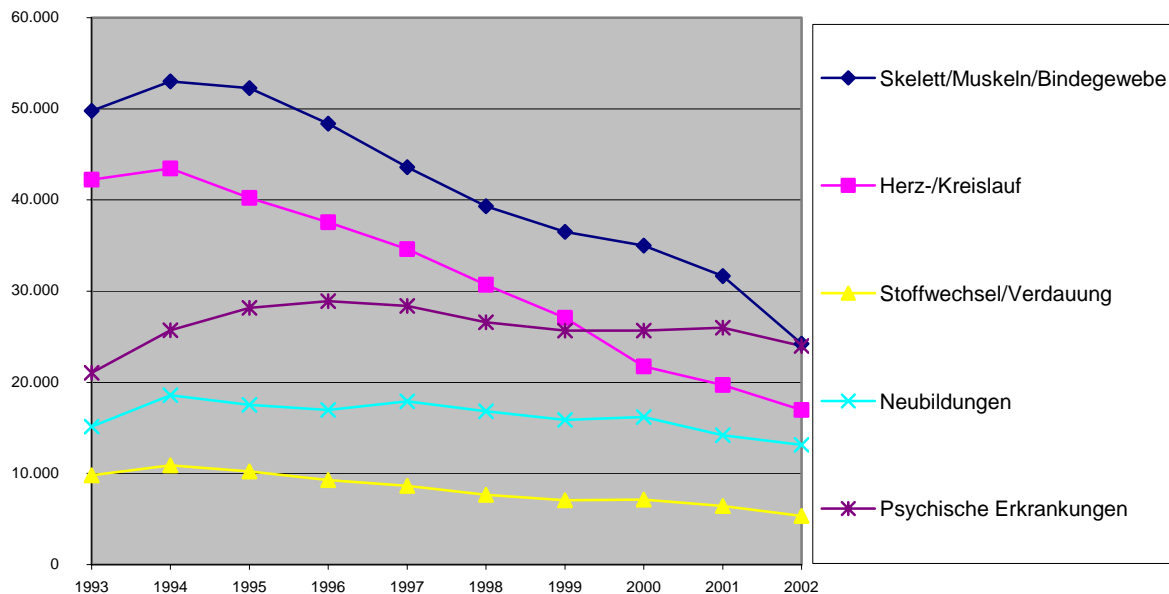


Abb. 2.2-2: Diagnosehauptgruppen EM-Renten (Männer)

Noch größere Bedeutung gewinnen die psychischen Erkrankungen bei den Frauen (s. Abb. 2.2-3) – nicht zuletzt durch die Mehrfachbelastung von Beruf, Haushalt und Kindererziehung mitverursacht. Sie stellen dort die mit Abstand am häufigsten gestellte Diagnose dar, die zu einer Bewilligung einer Erwerbsminderungsrente führt. Gut 26.000 Fälle im Jahr 2002 stehen für einen relativen Anteil von über 35 %, einem Anstieg von 15 % seit 1993. Im gleichen Zeitraum sind die Erwerbsminderungsfälle, die auf Erkrankungen des Skeletts/der Muskeln/des Bindegewebes basieren, absolut um die Hälfte rückläufig (im Jahr 2002 noch rund 15.500 Fälle). Relativ ist dies gleichbedeutend mit einem Rückgang von gut 30 % (1997) auf ca. 20 % (2002). Wie bei den Männern ist auch bei den Frauen die absolute Anzahl der Diagnosen auf Neubildungen in etwa gleich geblieben (rund 11.000 Diagnosen im Jahr 2002). Dies macht eine relative Zunahme von 11 % im Jahr 1993 auf ca. 15 % im Jahr 2002 aus. Auf 5.200 Fälle und damit um rund zwei Drittel im Vergleich zum Jahr 1993 sind die Diagnosen auf Herz-Kreislauferkrankungen zurückgegangen. Damit halbiert sich der relative Anteil der Erwerbsminderungsrenten bei den Frauen, die auf diese Erkrankungen zurückgehen, auf ungefähr 7 %. Schließlich ist ebenfalls die absolute Fallzahl der Erkrankungen des Stoffwechsels/der Verdauung rückläufig. Hier sind im Jahr 2002 lediglich 2.800 Fälle zu verzeichnen. Im Jahr 1993 waren es noch 5.200 Fälle. Damit reduziert sich der relative Anteil dieser Diagnosegruppe aber lediglich von ca. 5 % auf knapp 4 %.

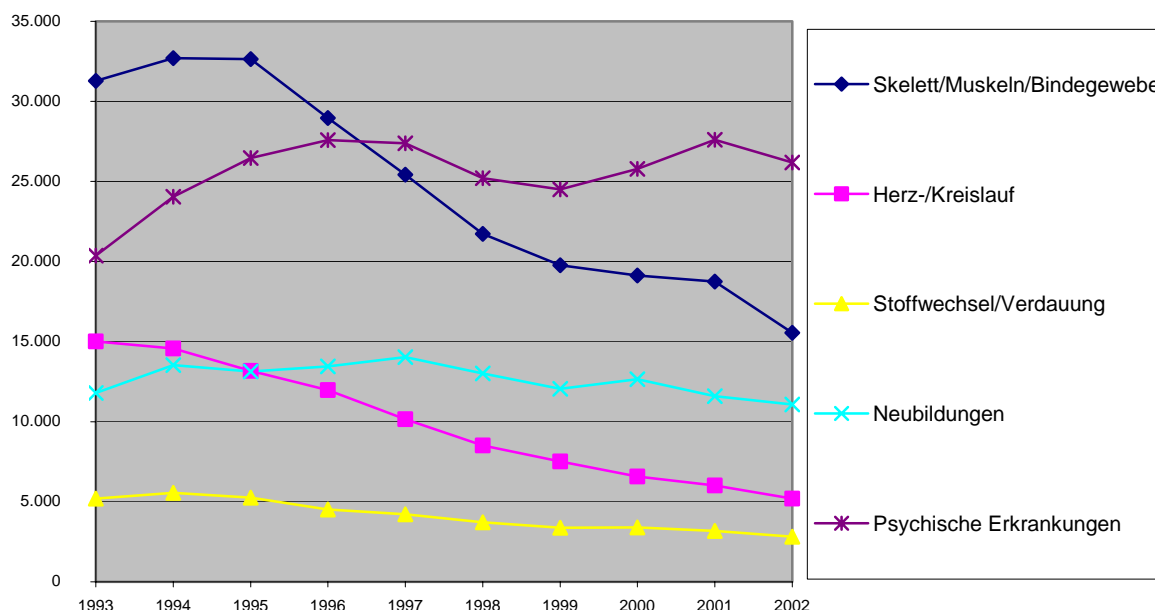


Abb. 2.2-3 Diagnosehauptgruppen EM-Renten (Frauen)

Zusammenfassend stellen damit die Erkrankungen des Skeletts/der Muskeln/des Bindegewebes – wenn auch rückläufig – immer noch die häufigste Diagnosegruppe dar, die zur Bewilligung einer Erwerbsminderungsrente führt. Beunruhigend ist der relative und absolute Anstieg der psychischen Erkrankungen bei beiden Geschlechtern, die zu einer Frühberentung und einer Erwerbsminderungsrente führen, ohne dass genügend Maßnahmen bis dato vorgehalten wurden. Daraus lassen sich einerseits Rückschlüsse auf die sich ändernden Anforderungen im Erwerbsleben ziehen. Stress, Termindruck und Stellenabbau bei gleichzeitig gleichbleibenden oder sogar zusätzlichen Aufgaben seien stellvertretend als bekannte Phänomene der modernen Arbeitswelt erwähnt. Wie aber sollte Inclusion oder Teilhabe erfolgen, wenn dafür keine Wege aufgezeigt wurden, wie sie jedoch im SGB IX vorgezeichnet werden? Für die konkrete Prüfung einer Erwerbsminderungsrente bedeutet dies zweitens, dass die Rentenversicherungsträger entsprechend qualifiziertes Personal vorhalten bzw. beauftragen müssen, um solche Erkrankungen diagnostizieren und im Sinne der Leistungen zur Teilhabe ggf. therapieren zu können.

2.2.3 Umsetzung des Grundsatzes ‚Reha vor Rente‘

In Tab. 2.2-2 ist für das Berichtsjahr 2003 aufgeführt, wie die bearbeiteten Erwerbsminderungsrentenanträge entschieden wurden und welche Gründe für die Ablehnung maßgeblich waren. Es wurden fast 42 % der Anträge abgelehnt. Nur in den allerwenigsten Fällen (knapp 6 %) war dies auf die noch nicht erfüllte Wartezeit, also auf rein versicherungsrechtliche Gründe zurückzuführen. Der Hauptanteil von fast 75 % aller Ablehnungsfälle ging allerdings konsequenterweise auf die Tatsache zurück, dass die Antragsteller nicht als erwerbsgemindert eingeschätzt wurden und somit die persönlichen Voraussetzungen nicht vorlagen. Bei dem übrigen Fünftel der Ablehnungsbescheide lagen „sonstige“ Gründe vor.

Knapp die Hälfte aller Anträge des Jahres 2003 wurden bewilligt. Neben Ablehnungen und Bewilligungen existiert zudem die generelle Möglichkeit der sonstigen Erledigungen, z.B. die Weiterleitung an einen anderen Versicherungsträger. Von letzterer wurde im Jahr 2003 lediglich in rund 3,6 % aller Erledigungen Gebrauch gemacht.

Für die Umsetzung des Grundsatzes ‚Reha vor Rente‘ erscheint insbesondere die Frage interessant, was in Fällen der Ablehnung mit den Antragstellern passiert – schließlich wird

nur ein Bruchteil durch andere Versicherungsträger weiterbearbeitet bzw. dorthin verwiesen (siehe Spalte „andere VSTR“). Diese Antragsteller sind offensichtlich noch nicht so krank oder behindert, dass eine Erwerbsminderungsrente in Frage kommt. Allerdings kann davon ausgegangen werden, dass Einschränkungen der körperlichen Funktionen, der geistigen Fähigkeiten oder der seelischen Gesundheit vorliegen, die eine chronische Krankheit oder eine (drohende) Behinderung nach sich ziehen könnten. Insofern findet sich hier eine Gruppe, bei der es sich als besonders lohnenswert herausstellen könnte, intensiv den trägerübergreifenden Bedarf an Leistungen zur Teilhabe oder an präventiven Leistungen zu eruieren. Prinzipiell gilt dies auch für die Personengruppe, die ihren EM-Antrag bewilligt bekommt. Da mit der Reform der Erwerbsminderungsrenten diese in der Regel zeitlich befristet sind, lohnt sich die frühzeitige Prüfung, ob durch (parallele) Leistungen zur Teilhabe die Erwerbsfähigkeit wieder hergestellt werden kann. Selbst wenn dies nicht möglich erscheint, dürfte darüber hinaus bei dieser Gruppe die Bedarfsprüfung unter dem Grundsatz ‚Reha vor Pflege‘ erforderlich sein.

Tabelle 2.2-2: Statistik über Rentenanträge gemäß § 5 RSVwV - Berichtszeitraum: Januar bis Dezember 2003

Leistungsart	Bewilligungen	A b l e h n u n g e n				Sonstige Erledigungen			insgesamt
		insgesamt	Wartezeit nicht erfüllt	nicht verminderte Erwerbsf.	sonst. Grund	insgesamt	andere VSTR	anderweitige Erled.	
Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit insgesamt	183614	158358	9218	118402	30738	36182	13882	22300	378154

Ist es jedoch erst einmal bis zur EM-Antragstellung gekommen, scheint bisher von diesen Möglichkeiten so gut wie kein Gebrauch gemacht zu werden. Dies kann zumindest aus den Statistiken geschlossen werden, die darüber Auskunft geben, wie vielen Leistungen zur Teilhabe (medizinisch/am Arbeitsleben) ursprünglich ein Antrag auf Rente vorangegangen ist. Das Jahr 2002 sei hier stellvertretend ausgewählt, um zu belegen, dass solche Fälle in der Praxis so gut wie nie vorkommen.

- Unter 713347 Pflichtversicherten, die im Jahr 2002 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI bekommen haben, befinden sich 5190 ursprüngliche Rentenantragsteller (weniger als 1 %).
- Unter 142455 Pflichtversicherten, die im Jahr 2002 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bekommen haben, befinden sich 1462 ursprüngliche Rentenantragsteller (ca. 1 %).

Diese Zahlen können zwar dahingehend interpretiert werden, dass bereits vor der EM-Antragstellung alle Möglichkeiten von Leistungen zur Teilhabe ausgeschöpft worden sind. In diesem Fall gibt es tatsächlich nur noch bei einem Bruchteil der EM-Antragsteller Aussicht auf Erfolg, um die EM-Rente mit Hilfe von Leistungen zur Teilhabe zu vermeiden, wobei aber generelle Bedenken angesichts der Arbeitsmarktkapazitäten u.ä. angebracht sind.

Dagegen spricht auch eine grundsätzlich zu erkennende geringe Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe von EM-Rentenempfängern, wie aus Tab. 2.2-3 ersichtlich. Immer noch nehmen innerhalb der letzten fünf Jahre vor der Berentung rund die Hälfte der EM-Empfänger nie an stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation teil. Der Anteil ist von 53,7 % im Jahr 1997 auf 49,8 % im Jahr 2001 zurückgegangen – im Jahr 2002 aber wieder auf 53,3 % angestiegen.

Im besagten Zeitraum nehmen die EM-Rentenbezieher so gut wie nie an einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben teil. Nur rund 2,7 % der EM-Empfänger des Jahres 2002 (für das Jahr 1997 wurden keine eigenen Berechnungen angestellt) haben zumindest eine Maßnahme wahrgenommen.

Tab. 2.2-2: Leistungen zur Teilhabe in den letzten 5 Jahren vor Bewilligung einer EM-Rente

Jahr	Anteil der EM-Empfänger, die keine stationären Leistungen z. med. Reh. wahrnehmen (%)	Anteil der EM-Empfänger, die mindestens eine, aber keine stationären Leistungen z. med. Reh. wegen des Leidens, das zur Rente geführt hat, wahrnehmen (%)	Anteil der EM-Empfänger, die keine LTA wahrnehmen (%)	Anteil der EM-Empfänger, die mindestens eine LTA wahrnehmen (%)
1997	53,7	5,0	-	-
2001	49,8	2,4	96,2	3,8
2002	53,3	3,5	97,3	2,7

Allerdings weisen empirische Studien darauf hin, dass es sich bei den Antragstellern einer EM-Rente um Personen handelt, bei denen die Erfolgsaussichten von Leistungen zur Teilhabe eher gering sind: Beispielsweise wurden in einer Studie des Förderschwerpunktes Rehabilitationswissenschaften und der LVA Rheinland-Pfalz³² Rehabilitanden mit und ohne Rentenanspruchstellung untersucht. Sowohl subjektiv als auch im Arzturteil wird der Gesundheitszustand der Rehabilitanden mit Rentenanspruch als schwerer beeinträchtigt angegeben. Die medizinische Rehabilitation hat bei ihnen kaum Verbesserungen hervorgerufen (IRES-Fragebogen). So konnten laut Abschlussbericht der zuständigen Reha-Klinik nur ein Viertel der Rehabilitanden mit Rentenanspruchstellung die zuletzt ausgeübte Tätigkeit wieder vollschichtig leistungsmäßig bewältigen (bei den Rehabilitanden ohne Rentenanspruch traf dies auf rund 75 % der Fälle zu).

Die Studie stellt zur Diskussion, ob Leistungen zur Teilhabe den Erhalt der Erwerbsfähigkeit bei Rehabilitanden mit EM-Rentenanspruch sichern können. Weiterhin wird für diese Personengruppe mit einer solch ungünstigen Prognose der Grundsatz ‚Reha vor Rente‘ in reha-rechtlicher und ökonomischer Hinsicht hinterfragt. Statt dessen sollte hier eine vermeintliche Überinanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe vermieden werden.

2.3 Rechtliche Aspekte der Erwerbsminderung

Im Folgenden werden die Begriffe „Behinderung im Rentenrecht (Das Verhältnis von § 43 SGB VI zu § 2 SGB IX)“, „Erwerbsminderung“ und „Erhebliche Gefährdungen oder Minderungen der Erwerbsfähigkeit“ als rechtlicher Hintergrund zu den Kapiteln 4.3 bis 4.5 dargestellt.

³² Enge, D.; Kulick, B.; Florian, L. (2003). Rentenanspruchsteller nach der Rehabilitation – Wiedereingliederung ins Berufsleben oder Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit? In VDR (Hrsg.), 12. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. DRV-Schriften Band 40 (125-126). Bad Homburg: wdv-Gesellschaft.

2.3.1 Behinderung im Rentenrecht (Das Verhältnis von § 43 SGB VI zu § 2 SGB IX)

Erwerbsminderungsrenten (§ 43 SGB VI) sind Leistungen wegen einer Behinderung i.S.v. § 8 Abs. 1 i. V. m. § 2 SGB IX.

§ 43 SGB VI knüpft Erwerbsminderungsrenten an eine Leistungseinbuße "wegen Krankheit oder Behinderung".

Krankheiten, die zu einer Erwerbseinbuße führen, sind stets auch Behinderungen i.S.v. § 2 Abs. 1 SGB IX. Schwieriger ist die Frage zu beantworten, ob alle Behinderungen, die zu Erwerbseinbußen führen, also alle Behinderungen i.S.v. § 43 SGB VI, auch von § 2 Abs. 1 SGB IX erfasst werden. Denn dort wird auf den "für das Lebensalter typischen Zustand" abgestellt.

Das Problem entsteht dadurch, dass der Begriff "Behinderung" in den einzelnen Büchern des SGB unterschiedlich abgebildet wird.³³

Während man – wie die Ausführungen in der Fußnote zeigen – zu dem Ergebnis kommen kann, dass der Begriff des § 2 SGB IX in den meisten Büchern des SGB letztlich doch übernommen wurde, bleibt im Verhältnis zur Rentenversicherung eine Diskrepanz. Würde man nämlich auch für die Rentenversicherung § 2 Abs. 1 SGB IX zugrunde legen, dann würde dies dazu führen, dass jeweils zwischen alterstypischen und anderen Behinderungen zu unterscheiden wäre und bei nur alterstypischen Leistungseinschränkungen eine Erwerbsminderungsrente nicht in Betracht käme. So ist das Gesetz aber nicht gemeint. Es besteht in der Literatur Einigkeit, dass das Begriffspaar "Krankheit oder Behinderung" nur der Abgrenzung zu anderen, nicht die körperliche, geistige und seelische Fähigkeit betreffenden Ursachen dient. Die Erwähnung von Behinderungen ist dabei eigentlich überflüssig, da der Krankheitsbegriff sehr weit gefasst wird. Beide Begriffe sind "rentenrechtlich eingefärbt".³⁴ Gemeint ist jegliche körperliche, geistige, seelische Einbuße, die zur Minderung der Erwerbsfähigkeit führt.³⁵

³³ Neben § 2 SGB IX (und § 3 Gleichstellungsgesetz) sowie § 43 SGB VI findet man eine Begriffsbestimmung auch in § 19 SGB III. Maßgeblich ist dort, ob die Aussichten des behinderten Menschen am Arbeitsleben teilzuhaben, wegen Art und Schwere der Behinderung i.S.v. § 2 Abs. 1 SGB IX, nicht nur vorübergehend gemindert sind und deshalb Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben benötigt werden.

Die Bezugnahme auf § 2 SGB IX zeigt indes, dass keine Diskrepanz besteht, vielmehr lediglich Leistungsvoraussetzungen in den Begriff einbezogen wurden, die dort nichts zu suchen haben.

Eine weitere Begriffsbestimmung findet sich in § 14 Abs. 2 SGB XI. Dort sind "Krankheiten oder Behinderungen", die Pflegebedürftigkeit herbeiführen können, aufgezählt. Es sind

1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
3. Störungen des Zentralnervensystems, wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

Diese Aufzählung soll aber nur den Ärzten erleichtern, zu einer Beurteilung zu kommen (BT-Drucks. 12/5262 S. 96 zu § 12 Abs. 2). Auch dann, wenn die Krankheit oder Behinderung des Betroffenen sich nicht problemlos in diesen Katalog einreihen lässt, kann Pflegebedürftigkeit gegeben sein, weil kein Anhalt dafür vorliegt, dass es sich bei § 14 Abs. 2 SGB XI um eine abschließende Aufzählung handelt (vgl. dazu Kummer in Schuln, Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Band 4, Pflegeversicherungsrecht, § 13 Rz. 78).

Zu erwähnen ist auch noch § 39 Abs. 1 BSHG. Auch dort wird auf § 2 Abs. 1 SGB IX Bezug genommen; es muss aber eine wesentliche Einschränkung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vorliegen oder drohen. Da aber § 39 BSHG die Eingliederungshilfe regelt, stellt dieser Zusatz wohl keine Abweichung des Begriffs sondern auch nur eine zusätzliche Leistungsvoraussetzung der Eingliederungshilfe dar.

³⁴ Meyer, GK SGB VI, § 43 RdNr. 108 ff.

³⁵ Niesel, K. (2002). Kasseler Kommentar, § 43 SGB VI Rz. 73 ff.

Dennoch könnte es also dazu kommen, dass bei einem wesentlichen alterstypischen Anteil an der Erwerbsminderung zwar ein Anspruch auf Erwerbsminderungsrente besteht, nicht aber ein Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe.

Diese Folgerung zeigt eine Lücke im Gesetz. Sie ist dahin auszufüllen, dass auch in solchen Fällen Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe besteht. Diese Ausfüllung kann sich auf § 8 SGB IX stützen und darauf, dass die Regelung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen in § 11 Abs. 1 Nr. 2, Abs. 2 Nr. 3 und Abs. 2a Nr. 1 SGB VI auch den Rentenfall einbezieht.

Zur gegenwärtigen Diskussion in Bezug auf den Behindertenbegriff siehe: Welti, Felix "Der Behinderungsbegriff nach § 2 SGB IX" in Gagel/Schian, Diskussionsforum SGB IX Info Nr. 8³⁶.

2.3.2 Erwerbsminderung im Rentenrecht

§ 43 SGB VI regelt zwei Formen von Erwerbsminderungsrenten

- die Renten wegen voller Erwerbsminderung und
- die Renten wegen teilweiser Erwerbsminderung.

Sie unterscheiden sich danach, wie viele Stunden arbeitstäglich (Fünf-Tage-Woche) der Betroffene noch unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes erwerbstätig sein kann (unter drei Stunden voll erwerbsgemindert; drei bis unter sechs Stunden teilweise erwerbsgemindert).

Eine Sonderform der teilweisen Erwerbsminderung, die an die frühere Berufsunfähigkeitsrente angelehnt ist, ist in § 240 SGB VI geregelt. Hierauf wird weiter unten eingegangen.

Für Bergleute gibt es außerdem in Form der „Rente für Bergleute“ (§ 45 SGB VI) eine eigenständige Rente bei bergmännischer Berufsunfähigkeit.

Die folgenden Ausführungen beschränken sich auf die Renten nach § 43 SGB VI.

Der hier angesprochene allgemeine Arbeitsmarkt ist der gesamte, dem Versicherten nach seinen Kenntnissen und Fähigkeiten zugängliche Arbeitsmarkt (soweit er nicht aus anderen Gründen verschlossen ist). Er umfasst also alle Bereiche, in denen der Versicherte auf Grund seiner besonderen Kenntnisse und Fähigkeiten tätig werden kann und zusätzlich den allgemeinen Arbeitsmarkt für ungelernte Tätigkeiten.

Hieraus folgt:

Erwerbsminderung im Rentenrecht ist immer eine Minderung der arbeitsmarktbezogenen Erwerbsfähigkeit. Anders gewendet: Erwerbsfähigkeit besteht nur solange und soweit das Restleistungsvermögen auf dem Arbeitsmarkt verwertbar ist.

Es müssen dementsprechend auch Arbeitsstellen (gleichgültig ob frei oder besetzt) in hinreichender Zahl vorhanden³⁷ und dem Betroffenen grundsätzlich zugänglich sein³⁸.

Die Klausel in § 43 Abs. 3 SGB VI, dass es auf die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht ankomme, wenn der Versicherte sechs Stunden arbeitstäglich arbeiten könne, schließt nur die Berücksichtigung vorübergehender konjunktureller Schwankungen aus.³⁹

³⁶ <http://www.iqpr.de/iqpr/download/foren/sgb8.pdf>

³⁷ BSG SozR3-2600 § 43 Nr. 26.

³⁸ BSG, GS SozR3-2600 § 44 Nr. 8 S. 28.

³⁹ BSG, GS SozR3-2600 § 44 Nr. 8 S. 29.

Schließlich muss der Versicherte die vorhandenen Arbeitsplätze auch erreichen können. Das BSG hat deshalb typisierend abstrakte Anforderungen an die Wegefähigkeit aufgestellt.⁴⁰

Alle diese Voraussetzungen sind zusammenfassend im Beschluss des Großen Senats des BSG vom 19.12.1996⁴¹ auch für das Recht des SGB VI strukturiert und durch weitere Rechtsprechung des BSG fortentwickelt worden. Das BSG hat dabei berücksichtigt, dass die arbeitsmarktbezogene Erwerbsfähigkeit von vielfältigen, sich gegenseitig beeinflussenden Faktoren im Bereich der Medizin, der Arbeitswissenschaft, der Berufskunde und der Arbeitsmarktentwicklung abhängig ist. Es hat diese Vielfalt in mehrfacher Hinsicht durch typisierende Vereinfachungen handhabbar gemacht.

Im Einzelnen kommt es bei Erwerbsminderungsrenten auf folgende Voraussetzungen an:

2.3.2.1 Die Erwerbsminderung muss "auf nicht absehbare Zeit" bestehen.

In der Rechtsprechung ist dieser Begriff auf sechs Monate konkretisiert worden.⁴² Es muss also entweder schon eine sechsmonatige Erwerbsminderung bestehen oder eine solche zu erwarten sein.

2.3.2.2 Erheblichkeit der Erwerbsminderung

Die Erwerbsminderung muss so erheblich sein, dass sie eine sechsstündige Beschäftigung unter den üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes ausschließt; denn wer sechs Stunden arbeitstäglich eine arbeitsmarktgängige Tätigkeit ausüben kann, hat keinen Rentenanspruch (§ 43 Abs. 3 SGB VI).

Für den Anspruch auf volle Erwerbsminderungsrente muss die Leistungsfähigkeit darüber hinaus auf unter drei Stunden gesunken sein (§ 43 Abs 2 SGB VI).

2.3.2.3 Arbeitsplätze

Liegt die Fähigkeit vor, sechs Stunden täglich unter den üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes tätig zu sein, wird typisierend auch das Vorhandensein von Arbeitsstellen unterstellt. Die Rechtsprechung hatte schon zuvor ständig entschieden, dass bei vollschichtigem Leistungsvermögen, bezogen auf eine leichte ungelernete Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, das Vorhandensein von Arbeitsplätzen unterstellt werden kann.⁴³ **Der Gesetzgeber hat diese Überlegungen nunmehr für sechsstündiges Leistungsvermögen übernommen, indem er bei diesem Leistungsstand Rentenansprüche ausgeschlossen hat.**

Allerdings erscheint es fraglich, ob diese Regeln auch dann angewandt werden können, wenn der Versicherte leichte ungelernete Tätigkeiten nicht mehr verrichten kann, wohl aber auf Grund seiner speziellen Kenntnisse und Fähigkeiten mit qualifizierten Arbeiten Erwerb erzielen könnte. In diesen sicherlich seltenen Fällen käme es auf den Berufszweig an. Es liegen dann u. U. nicht mehr typische Bedingungen vor. Dem wäre Rechnung zu tragen, wie auch folgende Überlegungen zeigen.

⁴⁰ BSG SozR3-2600 § 44 Nr. 13.

⁴¹ SozR 3-2600 § 44 Nr. 8.

⁴² Rückschluss aus § 101 Abs 1 SGB VI; schon zum früheren Recht BSG SozR 2200 § 1247 Nr 16.

⁴³ BSG, GS SozR 3-2600 § 44 Nr 8.

2.3.2.4 Untypische Einschränkungen

Die Unterstellung eines ausreichenden Arbeitsmarktes bei sechs Stunden Leistungsfähigkeit ist eine Typisierung, die sich an den üblichen Voraussetzungen orientiert. **Sie ist nicht mehr aufrecht zu erhalten, wenn außergewöhnliche "untypische" Umstände vorliegen.** Das BSG hat daraus entwickelt, dass eine Tätigkeit benannt werden muss, für die es eine ausreichende Zahl von Arbeitsplätzen gibt, wenn es fraglich ist, ob der Versicherte **wegen einer Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen oder einer schweren spezifischen Leistungsbehinderung** mit diesen Einschränkungen noch Erwerbsmöglichkeiten auf dem Arbeitsmarkt findet.⁴⁴

Der Begriff der ungewöhnlichen Leistungseinschränkung umschreibt alle die Einschränkungen, **die nicht bereits von dem Erfordernis "körperlich leichte Arbeit" erfasst werden, also in dieser Hinsicht nicht als "gewöhnlich" angesehen werden können.**⁴⁵ Demzufolge ist näher zu ermitteln, in welchem Umfang sich diejenigen qualitativen Leistungseinschränkungen, die dieses Feld körperlich leichter Tätigkeiten weiter einengen, zusammengefasst auf die Einsetzbarkeit des Versicherten im Arbeitsleben auswirken.⁴⁶

2.3.2.5 Zahl der Arbeitsplätze

Eine Benennung von Tätigkeiten, die der Versicherte ausüben könnte, ist nur von Bedeutung, wenn es für diese Tätigkeit auch eine hinreichende Zahl von Arbeitsplätzen gibt. Das BSG hat sich bisher nicht festgelegt, wie viele Arbeitsplätze vorhanden sein müssen; es hat jedoch mehrfach entschieden, dass eine Zahl von 300 Arbeitsplätzen im Bundesgebiet nicht als gering anzusehen ist.⁴⁷

Es soll bei der Beurteilung auch auf die Zahl der Bewerber im Hinblick auf die vorhandenen Stellen ankommen.⁴⁸

2.3.2.6 Verschlussene Arbeitsmärkte

Bei der Zahl der offenen Stellen können allerdings diejenigen nicht berücksichtigt werden, die dem Versicherten von vornherein nicht zugänglich sind, von ihm also auch dann nicht besetzt werden könnten, wenn sie frei wären. In der Rechtsprechung wurden verschiedene Gruppen herausgearbeitet. Verschlussen ist ein Arbeitsmarkt, wenn die in Betracht kommenden Arbeitsplätze

- nicht an Berufsfremde vergeben zu werden pflegen⁴⁹,
- als Schonarbeitsplätze den Betriebsangehörigen vorbehalten bleiben⁵⁰.

2.3.2.7 Übliche Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes

Neben der zeitlichen Belastbarkeit ist außerdem erforderlich, dass der Versicherte unter den üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes tätig werden kann. Ist dies nicht der Fall, geht man davon aus, dass es keine ausreichende Zahl von Arbeitsplätzen gibt. Das BSG hat hierzu eine große Zahl von Fällen entschieden:

- Sind im ArbZG nicht vorgesehene zusätzliche Arbeitspausen erforderlich, ist zu prüfen, ob der Arbeitnehmer unter solchen Bedingungen eingestellt wird.⁵¹ Bei zusätzli-

⁴⁴ BSG SozR 3-2600 § 43 Nr 17, 19, 21; § 44 Nr 8.

⁴⁵ vgl Loytved, NZW 1999, 276, 278; BSG SozR 3-2600 § 43 Nr 19 und Nr 21.

⁴⁶ BSG SozR 3-2200 § 1247 Nr 23.

⁴⁷ BSG SozR 3-2600 § 43 Nr 13; BSG, 4.11.1998, B 13 RJ 145/98 B.

⁴⁸ BSG SozR 3-2600 § 43 Nr 26 S 103.

⁴⁹ SozR 3-2200 § 1246 Nr 101 und 110.

⁵⁰ SozR 2600 § 46 Nr 1; SozR 2200 § 1246 Nr 101.

⁵¹ BSG SozR 2200 § 1247 Nr 43.

chen Pausen von 2 x 15 Minuten bestehen ernste Zweifel, ob Arbeitsplätze vorhanden sind.⁵² Das Gleiche gilt für mehrere notwendige Pausen unter 15 Minuten⁵³ oder für mehrere Zwischenmahlzeiten während der Arbeit⁵⁴.

- Bei Ekel erregenden oder ansteckenden Krankheiten ist davon auszugehen, dass der Arbeitgeber solche Arbeitnehmer in der Regel nicht einstellt.⁵⁵
- Bei häufig auftretenden Fieberschüben jeweils für mehrere Tage kann der Arbeitsmarkt verschlossen sein.⁵⁶
- Bei Einschränkungen der Arm- und Handbeweglichkeit bestehen Zweifel an normaler betrieblicher Einsatzfähigkeit auch für leichtere Tätigkeiten, desgleichen bei der Notwendigkeit eines ganz bestimmten Arbeitsrhythmus mit zwischengeschalteten Gehphasen.⁵⁷

2.3.2.8 Beschränkung auf Teilzeittätigkeit

Bei einem untervollschichtigen Leistungsvermögen ist nach der Rechtsprechung des BSG die **konkrete Arbeitsmarktsituation zu berücksichtigen**. Der Große Senat des BSG hat dazu in seinem Beschluss vom 10.12.1976⁵⁸ folgende Grundsätze aufgestellt:

- Es ist auch bei Beschränkung auf Teilzeitarbeit erforderlich, dass Arbeitsplätze vorhanden sind, die der Versicherte noch ausfüllen kann.
- Der Arbeitsmarkt ist praktisch verschlossen, wenn weder der Rentenversicherungsträger noch das Arbeitsamt innerhalb eines Jahres einen in Betracht kommenden Arbeitsplatz anbieten können.
- Die Rentenversicherungsträger gehen auch zurzeit noch davon aus, dass dies in der Regel nicht möglich ist.
- Das bedeutet, dass in der Regel bei Absinken des Leistungsvermögens unter sechs Stunden arbeitstäglich volle Erwerbsminderungsrente zu zahlen ist und deshalb die Teilerwerbsminderungsrente zurzeit kaum Bedeutung hat.

2.3.2.9 Wegefähigkeit

Der Arbeitsmarkt gilt als verschlossen, wenn der Versicherte nicht in der Lage ist, den Weg zur Arbeit zurückzulegen. Zur Erwerbsfähigkeit gehört nämlich auch das Vermögen, einen Arbeitsplatz aufsuchen zu können.⁵⁹ Dabei soll es aber nicht auf die konkreten Bedingungen des Weges zwischen einer Arbeitsstelle und der Wohnung ankommen. Das BSG hat typisierend und pauschalierend festgelegt, dass es darauf ankommt, ob der Versicherte eine Wegstrecke von 500 Meter zwei Mal täglich zurücklegen und zweimal täglich öffentliche Verkehrsmittel zu den Hauptverkehrszeiten benutzen kann.⁶⁰ Er muss in der Lage sein, die 500 Meter in einer Zeit von unter 20 Minuten zurückzulegen. Erleichterungen, die ihm zur Verfügung stehen, sind zu berücksichtigen.

⁵² BSG SozR 2200 § 1246 Nr 136.

⁵³ BSG, 19.8.1997, 13 RJ 11/96.

⁵⁴ BSG, 30.10.1997, 13 RJ 49/97.

⁵⁵ BSG SozR Nr 86 zu § 1246 RVO.

⁵⁶ BSG SozR 3-2200 § 1247 Nr 15.

⁵⁷ BSG SozR 3-2200 § 1247 Nr 8.

⁵⁸ SozR 2200 § 1246 Nr 13.

⁵⁹ BSG SozR 2200 § 1247 Nr 47, 50, 53, 56.

⁶⁰ BSG SozR 3-2200 § 1247 Nr 10.

2.3.2.10 Zusammenfassung

Zusammenfassend ist hervorzuheben, dass der Begriff der Erwerbsminderung in typisierender und pauschalierender Weise an den konkreten Bedingungen des Arbeitsmarktes orientiert ist. Diese Typisierungen sind erforderlich, um die Vielzahl der Faktoren und Konstellationen in ein System zu bringen, dass für eine Massenverwaltung handhabbar ist.

Dieses steht allerdings im Widerspruch zu individuellen Ansprüchen, wobei auch „Fehlentscheidungen“ in Betracht gezogen werden müssen.

2.3.3 Erhebliche Gefährdungen oder Minderungen der Erwerbsfähigkeit

Für den Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe nach dem SGB VI reicht das Vorliegen einer Erwerbsminderung nicht. Voraussetzung ist eine "erhebliche" Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit. Es muss Gefährdung abgewendet werden oder eine "wesentliche" Besserung herbeigeführt werden können (§ 10 SGB VI).

Eine erhebliche Gefährdung oder Minderung liegt nicht erst dann vor, wenn die Voraussetzungen für eine Erwerbsminderungsrente vorliegen oder zu erwarten sind.⁶¹ **Durch das Erfordernis der Erheblichkeit soll die Erbringung von Rehabilitationsleistungen auf Fälle beschränkt werden, in denen die Erkrankungen bereits konkrete Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit in absehbarer Zeit haben wird.**⁶²

Nur bei Personen, die die beitragsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe **nicht** erfüllen, ist Voraussetzung u.a., dass sie eine Erwerbsminderungsrente beziehen oder vermindert erwerbsfähig sind oder dies in absehbarer Zeit zu erwarten ist oder ohne diese Leistungen eine Rente wegen Erwerbsminderung zu leisten wäre (§ 11 SGB VI).

Im Gegensatz zum Rentenrecht ist die Erwerbsminderung hier auf die bisherige Tätigkeit bezogen. Tätigkeiten der letzten Jahre sind einzubeziehen, wenn sie nicht allzu lange zurückliegen.⁶³

Die bisherige Tätigkeit ist nicht mit dem bisherigen Beruf i.S. des § 240 Abs. 2 SGB VI identisch. Leistungen zur Teilhabe können daher nicht mit der Begründung verweigert werden, die Erwerbsfähigkeit sei zwar für die bisherige Tätigkeit, nicht aber für Verweisungstätigkeiten gefährdet oder eingeschränkt.⁶⁴

In beiden angesprochenen Bereichen herrschen oft Missverständnisse, die zu Ablehnungen von Anträgen durch die Rentenversicherungsträger führen.

2.4 Ein Diskussionsbeitrag zum Begriff der Erwerbsminderung

Der gegenwärtig im SGB VI und SGB III definierte Begriff der Erwerbsfähigkeit ist reformbedürftig. Die gegenwärtige Rechtslage erscheint rechtsstaatlich bedenklich. Die Feststellung von Erwerbs(un)fähigkeit erfordert erheblichen Gutachtensaufwand und führt dennoch nicht zu vergleichbaren und nachvollziehbaren Ergebnissen.

- Arbeits-(Erwerbs-)Fähigkeit beurteilt man, indem man
 - die Leistungsfähigkeit feststellt (Leistungsprofil) und
 - diese einem Anforderungsprofil gegenüberstellt.
- Das geht sehr gut bei konkreten Arbeitsplätzen; es geht auch noch bei beschriebenen Berufen.

⁶¹ KassKomm-Niesel, § 10 SGB VI Rz. 6; Schaub, in VDR-Ruhland, Handbuch der gesetzlichen Rentenversicherung, Kapitel 22, Rz. 89.

⁶² Schaub, aaO.

⁶³ BSG SozR 2200 § 1237a Nr. 10.

⁶⁴ BSG SozR 2200 § 1237a Nr. 6 und Nr. 16 S 39.

- Nach welchem Anforderungsprofil man die Einsetzbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beurteilen soll, ist aber völlig unklar und bleibt den beliebigen Vorstellungen des gutachtenden Arztes überlassen.
- Hinzu kommt, dass eine nachvollziehbare Messung oder Schätzung der Belastbarkeit auf der Zeitachse, also nach Stunden, nicht möglich ist (umfangreich belegt). Auch diese Schätzung liegt also allein in den persönlichen Vorstellungen des Gutachters begründet.

In der folgenden Skizze werden Möglichkeiten aufgezeigt, die Erwerbsfähigkeit praktikabler und in rechtsstaatlich vertretbarer Weise abzugrenzen. Letztlich müsste für diese Aufgabe eine Arbeitsgruppe eingesetzt werden, um neue Lösungen zu entwickeln.

2.4.1 Gesetzliche Anforderungen

Für die **Rentenversicherung** kommt es auf die Fähigkeit an, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes erwerbstätig zu sein.⁶⁵

Dazu gehört,

- dass der Versicherte in der Lage ist, eine Erwerbstätigkeit auszuüben
- dies ihm auch unter arbeitsmarktüblichen Bedingungen möglich ist und
- es auf dem Arbeitsmarkt auch eine nennenswerte Zahl von Arbeitsplätzen gibt,⁶⁶ die ihm offen stehen (d.h. ihm nicht generell verschlossen sind)⁶⁷.

Zur Erwerbsfähigkeit gehört, dass er 5 mal wöchentlich mindestens 3 Stunden täglich arbeiten kann.

Volle Erwerbsfähigkeit setzt voraus, dass er in der Lage ist, die Erwerbstätigkeit mindestens 6 Stunden täglich (5 mal wöchentlich) auszuüben.

In der **Arbeitslosenversicherung** wird auf die Fähigkeit abgestellt, unter den üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes 15 Stunden wöchentlich eine Beschäftigung auszuüben (§ 119 Abs. 2 Nr. 1 SGB III). Voraussetzung ist auch hier das Vorhandensein eines offenen Arbeitsmarktes.

Diese Abgrenzung des SGB III wird besondere Bedeutung gewinnen, wenn das Kriterium der Erwerbsfähigkeit zur Abgrenzung der Aufgaben von Arbeitsamt und Sozialamt herangezogen werden sollte.

In der Rentenversicherung wie auch in der Arbeitslosenversicherung ist der **Begriff der Erwerbsfähigkeit nicht berufsbezogen definiert**; es sind alle Erwerbstätigkeiten zu berücksichtigen, die der Versicherte nach seinen Kenntnissen und Fähigkeiten ausüben kann. Das sind

- alle Tätigkeiten, für die keine besonderen Qualifikationen erforderlich sind (ungelernte Tätigkeiten) und
- alle Tätigkeiten, die er auf Grund besonderer Qualifikationen ausüben kann.

2.4.2 Probleme bei der Feststellung der Erwerbsfähigkeit

Zur Feststellung der Erwerbsfähigkeit muss zunächst durch Gutachten ermittelt werden,

⁶⁵ Siehe hierzu auch die ausführliche Darstellung unter 4.1.

⁶⁶ BSG SozR3-2600 § 43 Nr. 13.

⁶⁷ BSG SozR3-2600 § 44 Nr. 8 S.28.

- welche Leistungsfähigkeit vorhanden ist, d.h. welches Tätigkeitsspektrum (noch) abgedeckt werden kann und
- wie viele Stunden täglich diese Leistung erbracht werden kann.

In einem weiteren Schritt ist zu klären,

- ob die Leistungsfähigkeit mit den üblichen Bedingungen des in Betracht kommenden Arbeitsmarkts vereinbar ist und
- ob es einen offenen Arbeitsmarkt gibt.

Die Fähigkeit zur Ausübung einer bestimmten Tätigkeit bestimmt man, indem man,

- ein Anforderungsprofil definiert
- das Leistungsprofil unter diesen Kriterien feststellt und
- beide einander gegenüberstellt.

Man kann auch umgekehrt das Leistungsprofil ermitteln und dieses verschiedenen Anforderungsprofilen gegenüberstellen.

In dem hier wesentlichen Bereich der Erwerbsfähigkeit sind die Voraussetzungen für den erforderlichen Abgleich von Leistungsprofil und Anforderungsprofil aber nur teilweise erfüllt.

Der Abgleich ist nur möglich, wo es um die Fähigkeiten zur Ausübung bestimmter beschriebener oder beschreibbarer qualifizierter Berufe oder konkreter, häufig anzutreffender Beschäftigungsformen im Bereich ungelernter Tätigkeiten geht, die genau beschrieben werden können.

Im Übrigen fehlt ein Anforderungsprofil des Arbeitsmarktes für ungelernte Tätigkeiten, mit dem man das gutachterlich Festgestellte abgleichen könnte.

Aus diesem Grunde kann der Gutachter nur relativ allgemeine Begrenzungen aufzeigen, wobei ihm das Glossar des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger und der Bundesanstalt für Arbeit hilft. Im Übrigen beruhen die gutachterlichen Folgerungen zur positiven Einsetzbarkeit auf der persönlichen Einschätzung des Gutachters, wobei unklar bleibt, welche Art von leichten Arbeiten sich der Gutachter vorgestellt hat. Die Fähigkeit 5 kg zu heben besagt nichts darüber, welcher Art von Tätigkeiten der Versicherte gewachsen ist. Wegen dieser Unklarheiten hilft auch die Überprüfung durch einen Arbeitsmarktsachverständigen meist nicht weiter.

Das **zweite Problem** liegt in der Feststellung der **zeitlichen Belastbarkeit**. Literaturstimmen, die beschreiben, dass es **keine verlässlichen und nachvollziehbaren Parameter** für die Belastbarkeit nach Stunden gibt, sind zahlreich (darauf wird weiter unten eingegangen). Es handelt sich also immer sehr weitgehend um eine persönliche Einschätzung des Gutachters.

Hier ergeben sich besondere Schwierigkeiten, weil es bisher nicht gelungen ist, valide wissenschaftliche Verfahren zur Bestimmung der zeitlichen Belastbarkeit zu entwickeln⁶⁸.

⁶⁸ Maurer, C. (1992). MedSch, 79.

Peters-Lange (1994). NZS, 289.

Nellessen, G. (2002). *Leistungsdiagnostik und Leistungsprognostik – zentrale Elemente der sozialmedizinischen Begutachtung. Theoretisch-konzeptionelle Analyse und Entwicklung von Grund- und Leitsätzen*. Berlin: Mensch-und-Buch-Verlag.

Es ist zu beachten, dass bestehende Theorien zur Dauerleistungsfähigkeit, primär bekannt aus der Arbeitsphysiologie, nur die metabolisch bedingten Ermüdungsreaktionen einbeziehen. Die Mobilisierung, die Utilisation und die Regenerierung von Energiequellen über eine hormonelle und nervale Steuerung sind zwar Grundlage für jede motorische Leistung⁶⁹, aber auch andere Faktoren sind zu berücksichtigen. So ist beispielsweise bei guter Muskeldurchblutung eine schnelle Ermüdung bei willkürlicher Aktivierung nicht durch Energiemangel oder Metabolitenanhäufung im Muskel bedingt, vielmehr scheinen als erstes die motorischen Zentren des ZNS, als zweites die neuromuskulären Synapsen und erst dann die Muskeln zu ermüden⁷⁰. Über den Verlauf der Ermüdungsprozesse im Einzelnen, auch bezogen auf den Arbeitstag, liegen derzeit aber keine Untersuchungen vor, die es erlauben würden allgemeine Regeln für die Bemessung der quantitativen Leistungsfähigkeit im Stundenbereich zu erstellen; insbesondere liegen keine ausreichende Informationen vor, wie dauerleistungsfähig erkrankte Strukturen sind. Umfangreiche wissenschaftliche Studien, die die Gültigkeit der Extrapolationsalgorithmen an großen Stichproben auch für Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen beweisen, fehlen bisher.

Es finden sich zahlreiche Autoren aus verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen, die die Möglichkeit einer Extrapolation gänzlich in Frage stellen. Einige Autoren bezeichnen es als großen konzeptionellen Fehler der so genannten FCE-Verfahren (FCE = Functional Capacity Evaluation), eine Extrapolation dieser Art vorzunehmen⁷¹. Manche bezeichnen sogar jegliche Angaben ärztlicher Gutachten über die Fähigkeiten bezogen auf den 8-Stunden-Tag als reine Mutmaßungen⁷².

Mital & Shell (1984)⁷³ stellten in ihren Untersuchungen fest, dass der "weitverbreitete Glaube", ein Mensch könne in einem Tempo, das ein Drittel seiner aeroben Fähigkeit erfordere, acht Stunden lang ohne übermäßige Ermüdung arbeiten, nicht richtig sei. Fishbain et al. (1995)⁷⁴ formulierten folgende Feststellungen zur Extrapolation:

- "The measurements attained by a one time method do not necessarily translate into knowledge of the ability of that patient to perform those job functions for 8 h" (S. 111).
- "A true work capacity assessment should be performed over an 8 h period" (S. 112).

2.4.3 Lösungsansätze

Zur Lösung des Problems der Beschreibung des allgemeinen Arbeitsmarktes für ungelernte Tätigkeiten bietet sich u.a. eine Typisierung der Arbeitsanforderungen an.

2.4.3.1 Typisierung der Kriterien

Für Typisierungen hat das BSG bereits den Weg geebnet.

⁶⁹ Hollmann, W. & Mader, A. (2000). *Grenzen der Leistungsfähigkeit des Menschen aus physiologischer Sicht*. Leistungssport, 30 (1), 11-17.

⁷⁰ Rüdell, R. (1995). *Muskelphysiologie*. In R.F. Schmidt (Hrsg.), *Neuro- und Sinnesphysiologie*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag, 85-112.

⁷¹ Abdel-Moty, E., Fishbain, D.A., Khalil, T.M., et al. (1993). *Functional capacity and residual functional capacity and their utility in measuring work capacity*. Clin J Pain, 9, 168-173.

Fishbain, D.A., Khalil, T.M., Abdel-Moty, E., et al. (1995). *Physician limitations when assessing work capacity: a review*. J Back Musculoskelet Rehabil, 5, 107-113.

Innes, E. & Straker, L. (1998). *A clinician's Guide to work-related assessments: 3 – administration and interpretation problems*. Work, 11, 207-219.

King, P.M., Tuckwell, N. & Barret T.E. (1998). *A Critical Review of Functional Capacity Evaluations*. Phys Ther, 78, 852-865.

⁷² Johnson, E.W. (1996). *Residual functional capacity*. J Back Musculoskeletal Rehab, 6, 219-220.

⁷³ Mital, A. & Shell, R.L. (1984). *A Comprehensive Metabolic Energy Model for determining Rest Allowances for Physical Tasks*. J Methods-Time Measurement, 11, 2-8.

⁷⁴ Fishbain et al. (1995), s.o.

Die Schwierigkeit, die gesetzlichen Anforderungen für Berufs- oder Erwerbs(un)fähigkeit umzusetzen, lagen von jeher darin, dass die dafür erforderlichen Daten aus den Bereichen Beruf, Arbeitsmarkt und Medizin nicht exakt zu ermitteln und zu verknüpfen waren. Das BSG hat deshalb schon bisher mehrfach den **Mut zur Verringerung der Ermittlungstiefe** aufgebracht, um die gesetzlichen Normen handhabbar zu machen. Es hat durch **Typisierung** und Pauschalierung Vereinfachungen vorgenommen.⁷⁵

- Für Versicherte, die noch vollschichtig leichte Arbeiten verrichten können, gibt es eine **hinreichende Zahl von Arbeitsplätzen** auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.⁷⁶
- Wer auch unter Verwendung von Hilfsmitteln nicht in der Lage ist, täglich viermal eine **Wegstrecke von 500 m** mit zumutbarem Zeitaufwand zu Fuß zurückzulegen und zweimal öffentliche Verkehrsmittel während der Hauptverkehrszeiten zu benutzen, ist erwerbsunfähig.⁷⁷
- Die tarifliche Einstufung vermittelt den **qualitativen Wert der bisher ausgeübten Tätigkeit** und auch von Verweisungstätigkeiten bei Prüfung von Berufsunfähigkeit.⁷⁸
- Außerhalb der Rentenversicherung finden sich solche Typisierungen u.a. auch in der Unfallversicherung in Form der Bewertung von Körperschäden nach einem **Prozentsatz der Minderung der Erwerbsfähigkeit**. Neueres Beispiel ist das „**Mainz-Dortmunder-Dosismodell**“. Mit diesem Modell wurde der unbestimmte Rechtsbegriff „langjähriges Heben oder Tragen schwerer Lasten“ in Anlage 2108 zur Berufskrankheitenverordnung typisierend handhabbar gemacht.⁷⁹

Man ist allerdings vorsichtig gewesen und hat **Korrektive** eingebaut.

- Die Unterstellung, dass bei vollschichtiger Arbeitsfähigkeit eine hinreichende Zahl von Arbeitsplätzen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vorhanden sei, wird nicht mehr aufrecht erhalten, bei **Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkung** oder schwerer spezifischer Leistungsbehinderung.⁸⁰
- Die Bindung an die tarifvertragliche Einstufung wird nicht aufrecht erhalten, wenn erkennbar ist, dass die tarifliche Einstufung (auch) auf **qualitätsfremden Gesichtspunkten** beruht.⁸¹
- Bei der Beurteilung der Wegefähigkeit sind **besondere Erleichterungen**, die zur Verfügung stehen, zu berücksichtigen.⁸²
- Beim Mainz-Dortmunder-Dosismodell bleibt dem Gutachter die Möglichkeit, **besonderen Verhältnissen** Rechnung zu tragen.

Als Fazit kann festgehalten werden, dass die vorhandene BSG-Rechtsprechung die Notwendigkeit von Vereinfachungen aufzeigt und auch einen Weg, auf dem weiter vorangegangen werden kann.

Mögliche Ansätze der Typisierung werden im Folgenden beschrieben.

⁷⁵ Siehe im Einzelnen unter 4.1.2

⁷⁶ BSG SozR3-2600 § 44 Nr.8 S.24f; SozR3-2600 § 44 Nr. 12

⁷⁷ SozR3-2200 § 1247 Nr.10

⁷⁸ SozR3-2200 § 1246 Nr. 13 u. Nr. 40; abw. f. d. AngVers Nr. 41

⁷⁹ BSG 18. 3. 2003 – B 2 U 13/02 R -

⁸⁰ BSG SozR3-2200 § 1247 Nr. 23; SozR3-2600 § 43 Nr. 21

⁸¹ BSG SozR3-2200 § 1246 Nr. 22 S. 88 m.w.N.; SozR3-2600 § 43 Nr. 23

⁸² BSG SozR3-2200 § 1247 Nr. 10 S. 30 m.w.N.

2.4.3.2 Modell-Verfahren

Eine Möglichkeit der stärkeren Typisierung besteht darin, eine Anzahl, etwa drei bis fünf leichte ungelernete Tätigkeiten detailliert zu beschreiben, die auf dem Arbeitsmarkt in nennenswerter Zahl zu finden sind. An diesen kann sich der Gutachter orientieren.

Die Erstellung solcher typischen Modell-Beschäftigungen ist auf der Basis, von vorhandenen Daten entwickelter, Assessment- und Analyseverfahren möglich. Der Arbeitsmarkt für ungelernete Beschäftigung kann damit valide abgebildet werden. Aus soziodemografischen Daten (Nürnberger Bundesanstalt für Arbeit, Statistisches Bundesamt, Branchenreports, sowie juristischen, arbeitswissenschaftlichen berufskundlichen Publikationen) wird für Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes eine Merkmalseinstufung vorgenommen. Dazu muss ein soziodemografischer Katalog entworfen werden. Für diese Merkmalseinstufung erfolgt eine Clusteranalyse (ein multivariates statistisches Verfahren zur Gruppenbildung) mit dem Ergebnis einer (sozio-demografischen) Typologie I. Für die Belastungsdatenbank des Instituts für Arbeitswissenschaft der TU Darmstadt, die etwa 5000 Arbeitsplatzdaten enthält, erfolgt ebenfalls eine Clusteranalyse. Typologie II. Die beiden Typologien werden abgeglichen; das Ergebnis ist die dem ärztlichen Gutachter zur Verfügung gestellte AA-Typologie des allgemeinen Arbeitsmarkts. Sie sollte zwischen drei und (maximal) fünf Typen enthalten, damit der Gutachter damit umgehen kann. Jeder Typus ist beschrieben und vielleicht auch mit Fotos, Zeichnungen, Videoclips zum besseren Verständnis versehen. Jeder Typus enthält neben der verbalen Beschreibung auch ein Anforderungsprofil. Das u. U. umfangreiche Anforderungsprofil (z.B. 20 Profilsäulen, die das gesamte Kontinuum der psycho-physischen Anforderungen im angelernten oder ungelerten Bereich wiedergeben) kann auf (nicht mehr als fünf) Leitanforderungen reduziert werden. Es wurde faktoranalytisch nachgewiesen, dass diese Vereinfachung valide ist.

Der Gutachter muss ergänzend die Möglichkeit haben, innerhalb zugelassener Bandbreiten diese Leitanforderungen noch zu „justieren“ oder zu gewichten.

Zur Verwirklichung einer solchen Typisierung bedarf es einer interdisziplinären Untersuchung. Typisierungen in diesem Bereich verarbeiten medizinische arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse und die Ergebnisse der Arbeitsmarktbeobachtung.

Alle drei Bereiche befinden sich außerdem in ständiger Entwicklung. Jede Typisierung muss deshalb zugleich einen Mechanismus der laufenden Anpassung und Weiterentwicklung enthalten. Dies ist auch bisher stets geschehen. In der Unfallversicherung werden die MdE-Bewertungen durch ein hierfür gebildetes Gremium fortgeschrieben, im Entschädigungsrecht gibt der zuständige Minister „Anhaltspunkte“ heraus, die auf wissenschaftlichen Grundlagen beruhen. Im Entwurf eines vierten Gesetzes über moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt wird die Festlegung mit Entwicklung durch eine Verordnung vorgeschlagen (§ 113 Satz 1 Nr. 1 des Entwurfs).

Nun stellt sich allerdings noch die Frage, ob nicht – wie stets in der Rechtsprechung des BSG – ein Korrektiv für die Typisierung vorgesehen werden muss. Dabei ist allerdings Zurückhaltung geboten, damit nicht erneut unpraktikable Ergebnisse erzielt werden.

Ein Korrektiv wäre, den Rentenversicherungsträgern bzw. der Bundesanstalt für Arbeit das Recht einzuräumen, Tätigkeiten nachzuweisen, die der Betroffene noch verrichten kann.

Zusätzlich könnte man diese Entscheidungen von der individuellen Ebene lösen und die typischen Fälle ergänzen, wenn sich auf dem Arbeitsmarkt in größerer Zahl Tätigkeitsformen mit wesentlich anderen Anforderungen entwickeln. Dies könnte auch im Wege der Rechtsprechung erfolgen.

2.4.3.3 Punkteverfahren

Eine noch radikalere Typisierung könnte an das System der Unfallversicherung anknüpfen. Geht man von der vom BSG entwickelten Vorstellung aus, dass mit jeder Behinderung ein

weiterer Sektor des Arbeitsmarkts für ungelernte Tätigkeiten ausgeschlossen wird⁸³, so bietet sich an, die Bedeutung der einzelnen Behinderungen in Punkten auszudrücken. (Im Gegensatz zur Unfallversicherung kommt es dabei nur auf den Arbeitsmarkt für ungelernte Tätigkeiten an.)

Diese Punkte werden von der Zahl 100 (oder auch einem höheren Wert) abgezogen. Bei 10 Punkten gibt es keine Möglichkeit der Beschäftigung auf dem Arbeitsmarkt, bei 80 Punkten besteht volle Erwerbsfähigkeit (gegriffene Größen).

Daneben bleibt allerdings immer noch zu prüfen, ob besondere Qualifikationen dem Betroffenen ein weiteres Arbeitsfeld erschließen.

2.4.3.4 Abbildung des allgemeinen Arbeitsmarktes durch konkrete Anforderungsprofile

Als Alternative kann eine Abbildung des allgemeinen Arbeitsmarktes durch die Erfassung von konkreten Anforderungsprofilen (bezogen auf ungelernte Tätigkeiten) erfolgen. Diese Anforderungsprofile können einem direkten Vergleich mit den Leistungs-/Fähigkeitsprofilen der Antragsteller unterzogen werden.

Die Datenbank könnte großangelegt werden, z.B. über die Erhebung eines Mikrozensus. Es wäre aber auch möglich, mit einer sehr viel kleineren Datenbank anzufangen, die lediglich die Anforderungsprofile der typischen Verweisberufe (z.B. Pförtner, leichte Montagetätigkeit, leichte Büroarbeit etc.) beinhaltet.

Wenn nach Durchführung des Profilvergleichs (Leistungsprofil mit Anforderungsprofilen der Datenbank) keine Tätigkeit in Betracht kommt, hat der Rentenversicherungsträger noch die Möglichkeit ein Anforderungsprofil eines konkreten Arbeitsplatzes zu erheben, bei dem er davon ausgeht, dass der entsprechende Antragsteller diese Tätigkeit ausüben kann. Dieses Anforderungsprofil ergänzt dann – wenn es bestimmte Qualitätsanforderungen von Leistungsprofilen entspricht – die vorhandene Datenbank, so dass diese ständig wächst und so auch den aktuellen Arbeitsmarkt abbildet. Die Datenbank muss so nur in Bezug auf die Frage, welche früher vorhandenen Tätigkeiten gibt es auf dem jeweils aktuellen Arbeitsmarkt nicht mehr, gepflegt werden, wie z.B. der Pförtner, der weder Telefonanlage noch Computer bedienen muss.

Einen Zugriff auf die Datenbank der Anforderungsprofile kann über Internet erfolgen. Weiterhin können für Gutachter, die keinen Internetzugriff haben in regelmäßigen Abstände Updates der Datenbank als CD-Rom zur Verfügung gestellt werden.

Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auf einen Auftrag, den das IQPR derzeit für das Kompetenznetzwerk der Berufsförderungswerke bearbeitet, und der sich mit der Erstellung einer Datenbank in Bezug auf Anforderungsprofilen, die nach der IMBA-Methode erhoben werden, befasst.

2.4.3.5 Beurteilung der quantitativen Leistungsfähigkeit

Das Problem der Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Stundenbereich (Dauerleistungsfähigkeit) würde sich bei Vorliegen von konkreten Anforderungsprofilen (durch Typisierung oder Sammlung ermittelt) automatisch relativieren. Denn es würde sich dann die quantitative Beurteilung der Leistungsfähigkeit auf die Einschätzung reduzieren, ob die konkrete Tätigkeit wenn nicht Vollzeit (> 6 Stunden) zumindest in Teilzeit (3-6 Stunden) verrichtet werden könnte.

⁸³ BSG SozR3-2600 § 43 Nr. 17 S.60

2.4.4 Fazit

Dem Problem der Bestimmung von Erwerbsfähigkeit kann man nur dadurch gerecht werden, dass man die Leistungsprofile der Antragsteller Anforderungsprofilen gegenüberstellt, die klar definiert sind und nicht der jeweiligen Erfahrung und Beliebigkeit des Gutachters überlassen bleiben.

Dem Problem der Bestimmung der Dauer der Belastbarkeit kann man nur dadurch gerecht werden, dass die Gutachter angehalten werden, die Faktoren, die die Leistungsfähigkeit auf der Zeitschiene einschränken, genau zu bezeichnen und genau zu beschreiben was die Limitierung bewirkt (s. auch Kap. 3.5).

2.5 Erwerbsminderung im Kontext des SGB IX

Beleuchtet wird in diesem Kapitel zunächst der Begriff der Erwerbsminderung, wie er nach SGB IX im Gegensatz zum SGB VI zu verstehen ist, nämlich als Beeinträchtigung der Teilhabe am Arbeitsleben. Sodann wird der Aspekt der Beeinträchtigung der Teilhabe am Arbeitsleben näher analysiert, um sich dann mit dem Leistungskonzept des SGB IX in Bezug auf die verschiedenen Stufen der Leistungseinschränkung – drohende Behinderung, bestehende Erwerbsminderung und Schwerbehinderung – näher zu befassen. Schließlich werden die Leistungen des SGB IX unter dem besonderen Fokus der Vermeidung von Erwerbsminderungsrenten bei besonders eingerichteten Arbeitsplätzen beleuchtet. Abschließend wird darauf hingewiesen, dass der Grad der Behinderung (GdB) nach § 69 SGB IX nicht die individuelle Erwerbsfähigkeit oder Erwerbsminderung abbildet.

2.5.1 Der Begriff der Erwerbsminderung

Das SGB IX enthält keinen eigenen Begriff der Erwerbsminderung. Sie ist vielmehr eingebettet in den Begriff der Behinderung. Dort stellt sie sich dar als gesundheitliche Einschränkung, die zur Beeinträchtigung der Teilhabe am Arbeitsleben führt. Maßstab sind dabei die Erwerbsmöglichkeiten, die für den behinderten Menschen nach seinen persönlichen Umständen in Betracht gekommen wären, wenn er nicht behindert wäre. In diesem Rahmen gewinnt das individuelle Erwerbskonzept eine besondere Rolle für die Frage, wann Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sind.

Dem gegenüber wird im Rentenrecht des SGB VI die Erwerbsminderung festgemacht an gesundheitlichen Einschränkungen, die die Fähigkeit reduzieren, in irgend einer Tätigkeit des für den Versicherten in Betracht kommenden Arbeitsmarkts arbeitstäglich eine gewisse Zahl von Arbeitsstunden zu leisten. Einen ganz anderen Weg geht die Bestimmung des Grades der Behinderung (GdB) nach § 69 SGB IX (s. Kap. 2.5.5).

2.5.2 Erwerbsminderung als Beeinträchtigung der Teilhabe am Arbeitsleben

Das SGB IX sieht Leistungen vor, die dazu dienen sollen, behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben und in der Gesellschaft zu ermöglichen und zu sichern (§ 1 SGB IX).

Ausgangspunkt ist also immer das Vorliegen oder das Drohen einer Behinderung (s. Kap. 2.3). Der Begriff einer Behinderung setzt eine Funktionsstörung (körperlich, geistig, seelisch) voraus, die sich dauerhaft (länger als sechs Monate) auf die selbstbestimmte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft auswirkt (§ 2 SGB IX).⁸⁴

Wirken sich diese Funktionsstörungen auf die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben aus, so hat man es mit einer **Minderung der Erwerbsfähigkeit** zu tun. Diese ist die **wesentliche Grundlage einer Beeinträchtigung der Teilhabe am Arbeitsleben**. Dieser Begriff schließt alle Folgen der Minderung der Erwerbsfähigkeit ein, wie z.B. auch Unterbeschäftigung und Arbeitslosigkeit. Das SGB IX will die reale Teilhabe an der Arbeitsgesellschaft auf Dauer sichern (§ 33 Abs. 1 SGB IX) und das umschließt die Eingliederung in den Arbeitsprozess (§ 33 Abs. 2 SGB IX).

Die **Erwerbsfähigkeit** wird bestimmt durch

- die persönliche Leistungsfähigkeit und
- die äußeren Bedingungen und Anforderungen, unter denen die Arbeit verrichtet werden muss.

Einfluss auf die Erwerbsfähigkeit kann deshalb genommen werden durch

- Verringerung oder Beseitigung der Leistungseinschränkungen und/oder
- Kompensation der Leistungsdefizite.

Kompensation kommt in Betracht durch

- Veränderung der Arbeitsbedingungen oder
- Erweiterung von Kompetenzen, die die Ausübung von Tätigkeiten erlauben, bei denen die Leistungsdefizite nicht oder weniger hinderlich sind.

Hierzu bietet das SGB IX u.a. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Medizinische Rehabilitation hat das Ziel, Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern und eine Verschlimmerung zu verhüten (§ 26 Abs. 1 SGB IX).

Diese Leistungen zielen auf die Verbesserung oder Erhaltung der individuellen Leistungsfähigkeit.

Ergänzt werden die medizinischen Leistungen durch spezielle **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben** (§ 33 SGB IX), die das Ziel haben, die Erwerbsfähigkeit der behinderten Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit auf Dauer zu sichern.

Diese Leistungen zielen u.a. auf die Sicherung der Erwerbsfähigkeit durch Kompensation von Leistungsdefiziten

⁸⁴ Das SGB IX greift zwar den Aspekt Teilhabe aus der ICF auf, der Behindertenbegriff des § 2 SGB IX weicht jedoch vom Behindertenbegriff der ICF ab. Siehe Schuntermann, M. F. (2001) „Behinderung nach ICF und SGB IX ? Erläuterungen und Vergleich.“ Reha-Info, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), Heft 6/2001, 20-23

Das SGB IX enthält damit eine umfassende Palette von Interventionsmöglichkeiten bei allen Faktoren der Erwerbsfähigkeit. (Auf Besonderheiten bei schwerbehinderten Menschen wird später eingegangen.)

2.5.3 Das Leistungskonzept

2.5.3.1 Drohende Behinderung

Das SGB IX wirkt mit seinen Leistungen nicht nur bestehenden Behinderungen entgegen, sondern auch drohenden Behinderungen und dies auf zwei Ebenen. Das eine ist die Ebene der allgemeinen Prävention in Gesellschaft und Betrieben, geregelt durch § 3 SGB IX. Die zweite Ebene ist die individuelle Prävention, d.h. die Erbringung von Leistungen zur Vermeidung einer sich bei einer bestimmten Person abzeichnenden „drohenden Behinderung“ (§§ 26, 33 SGB IX). Damit diese Möglichkeiten wirksam genutzt werden können, ist ein System erforderlich, das die zuständigen Träger frühzeitig auf sich anbahnende Entwicklungen hinweist. Hier müssen der behinderte Mensch, seine Ärzte und vor allem die Krankenkassen mitwirken. § 84 SGB IX regelt ein solches Verfahren für den betrieblichen Bereich.

2.5.3.2 Intervention bei bestehender Erwerbsminderung

Die **Intervention bei bestehender Erwerbsminderung hat Vorrang vor Rentenleistungen** (§ 8 Abs. 2 SGB IX). Auch wo bereits Rentenansprüche bestehen, ist es vorrangige Aufgabe der Träger, die Möglichkeiten zur Verringerung oder Beseitigung der Erwerbsminderung zu nutzen. Diese Aufgabe soll trägerübergreifend bei enger Kooperation der Träger angegangen werden.

Für diese Ziele stehen im SGB IX umfangreiche Leistungskataloge zur Verfügung (u.a. §§ 26, 33, 102 SGB IX); sie werden allerdings nur nach Maßgabe der für die einzelnen Träger geltenden Leistungsgesetze umgesetzt (§ 4 Abs. 2 SGB IX). Immerhin sind die einzelnen Leistungsgesetze im Sinne des SGB IX auszulegen und auszufüllen (Beispiel BSG Urt. v. 26. 3. 2003 – B 3 KR 23/02 R zur Bedeutung von § 31 SGB IX für § 33 SGB V; dazu Info A Nr. 3).

2.5.3.3 Besonderheiten bei schweren Behinderungen

Teil II des SGB IX enthält zusätzliche Sonderregelungen für schwerbehinderte Menschen. Diese konzentrieren sich zwar größtenteils auf die Eingliederung in das Arbeitsleben, d.h. die Beschaffung und Erhaltung eines Arbeitsplatzes. Ein anderer Teil der Regelungen dient aber (auch) der Kompensation der Erwerbsminderung, wie z.B. die behindertengerechte Einrichtung des Arbeitsplatzes, des Arbeitsumfeldes, der Arbeitsorganisation und der Arbeitszeit (§ 81 Abs. 4 Nr. 4 und 5 SGB IX).

Diese Ansprüche richten sich allerdings nicht an den Träger, sondern an den Arbeitgeber.

Die Träger haben die Aufgabe, die Arbeitgeber dabei durch Förderung zu unterstützen (§ 34 SGB IX).

Außerdem kommt hier das Integrationsamt (§ 102 SGB IX) ins Spiel. Es hat weitere Möglichkeiten, die Kompensation der Erwerbsminderung zu fördern, u.a. durch Leistungen an den schwerbehinderten Menschen oder seinen Arbeitgeber (§ 102 Abs. 3 und 4 SGB IX).

2.5.4 Vermeidung von Erwerbsminderungsrenten durch besonders eingerichtete Arbeitsplätze

Mit der Erbringung von Leistungen zur Teilhabe ist auch das Ziel verbunden, Sozialleistungen insbesondere Renten zu vermeiden (§ 26 Abs. Nr. 2 SGB IX). Bei Erwerbsminderungsrenten wird dieses Ziel erreicht, wenn der behinderte Mensch in die Lage versetzt wird, eine arbeitsmarktgängige Beschäftigung auszuüben.

Nicht so eindeutig gilt dies, wenn die Erwerbsminderung durch spezielle organisatorische Maßnahmen oder besondere Ausgestaltung des Arbeitsplatzes kompensiert und auf diese Weise ein Erwerb auf dem Arbeitsmarkt gesichert ist.

Die Rechtsprechung des BSG zu der Bedeutung eines vorhandenen Arbeitsplatzes ist leider in allen Bereichen unscharf.

Zur speziellen Ausgestaltung der Arbeitsbedingungen wird in einer älteren Entscheidung die Rente neben der Beschäftigung zugebilligt (BSG SozR Nr. 24 zu § 1246). Es wird dort darauf abgestellt, ob der Arbeitgeber durch besonderen Zuschnitt der Arbeitsaufgaben eine Beschäftigungsmöglichkeit geschaffen hat, die es sonst auf dem Arbeitsmarkt nicht gibt.

In späteren Entscheidungen wird dann aber eine behindertengerechte Ausstattung des Arbeitsplatzes nicht als Hinderungsgrund angesehen, von einer normalen Beschäftigung auszugehen (BSG SozR 2200 § 1247 Nr. 30 und 57). Die Grenzziehung wird dadurch erschwert, dass die Entscheidungen keine genaue Darstellung der speziellen Ausgestaltungen enthalten.

Grundsätzlich sollte davon ausgegangen werden, dass Arbeitsplätze, die für behinderte Menschen zugeschnitten sind, gleichwertig sind. Dies ist auch im Interesse einer Anerkennung der behinderten Menschen als gleichwertige Arbeitskräfte zu fordern. Besonders bedeutsam für die Rentengewährung ist außerdem, dass die Erwerbsminderungsrente eine Ausfallleistung für Verdienste ist. Dieser Zweck entfällt, wo durch reale Arbeitsleistung ein entsprechender Verdienst erzielt wird.

Das Problem der Gleichstellung besonders eingerichteter Arbeitsplätze relativiert sich allerdings durch die Anrechnungsvorschriften. Die in den §§ 92 und 96 a SGB VI vorgesehene Anrechnung von Arbeitsentgelt auf die Rente führt zu erheblicher Minderung und unter Umständen zum Wegfall des Zahlungsanspruchs.

2.5.5 Grad der Behinderung

Von einem ganz anderen Ansatz geht die Feststellung des Grades der Behinderung nach § 69 SGB IX aus. Dort wird abstrakt der Einfluss einer körperlichen Beeinträchtigung auf das gesamte Leben des behinderten Menschen erfasst ohne Rücksicht auf die individuellen Verhältnisse und Bedürfnisse. Der Umfang des Einflusses auf Erwerbstätigkeiten spielt dabei eine zentrale Rolle, jedoch auch nur abstrakt gesehen bezogen auf alle Erwerbstätigkeiten. Es haben sich dazu Bewertungen herausgebildet, die in den vom Bundesarbeitsminister 1996 herausgegebenen Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz (geringfügig geändert 1999) zusammengefasst sind. Die individuelle Erwerbsfähigkeit und damit die Grundlage für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wird hier nicht abgebildet.

2.6 Resümee Erwerbsminderung

Erwerbsminderung kann aus unterschiedlicher Sichtweise beschrieben bzw. analysiert werden. Als quantitatives Phänomen liegen von Seiten der Rentenversicherungsträger eine Rei-

he von Statistiken vor. Sie geben Aufschluss über die *Zahl der Anträge* auf Erwerbsminderungsrente und die *Bewilligungs- bzw. Ablehnungsraten*, die Höhe der Erwerbsminderungsrentenzahlungen, das *durchschnittliche Zugangsalter* und die *Diagnosen*, die zur Zahlung einer Erwerbsminderungsrente führen. Des Weiteren kann der Begriff der Erwerbsminderung einer sozialrechtlichen Betrachtungsweise unterworfen werden, wobei mehrere Sozialgesetzbücher und mit der Erwerbsminderung im Zusammenhang stehende Begrifflichkeiten berücksichtigt werden müssen. Die juristische Entscheidung über das Vorliegen einer Erwerbsminderung sagt aber nichts über die zu diesem ‚Zustand‘ führenden – und somit entscheidenden – Prozesse und Ursachen aus. Hierfür ist eine sozialanalytische Betrachtungsweise heranzuziehen.

Resümee aus den Zahlen und Fakten zur Erwerbsminderungsrente:

Die Zahl der Anträge auf EM-Rente ist in der Tendenz seit 1997 zurückgegangen. Ebenso ist in den letzten 20 Jahren der Rentenbestand von Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit trotz regionaler Strukturdivergenzen rückläufig. Dennoch bleiben die Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit ein Massengeschäft. Verschiebungen bei den Hauptdiagnosegruppen, die zur Erwerbsminderung führen (z.B. Rückgang der Erkrankungen des Skeletts / der Muskeln / des Bindegewebes und der Herz-Kreislauferkrankungen sowie Zunahme der psychischen Erkrankungen) und das sinkende durchschnittliche Zugangsalter bei dieser Rentenart stellen neue Herausforderungen an die rehabilitative und präventive Versorgung. Derzeit lässt sich aber gerade für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nur eine geringe Inanspruchnahme innerhalb der letzten fünf Jahre vor der Verrentung konstatieren. Zum einen gilt es somit, die Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe vor der Stellung eines EM-Antrags zu steigern. Zum anderen wird in Zukunft vor dem Hintergrund des § 8 SGB IX stärker zu prüfen sein, ob nicht nach der EM-Antragstellung Teilhabeleistungen oder präventive Maßnahmen anderer Reha-Träger – vor allem bei abgelehnten EM-Fällen – in Frage kommen, wobei sich die Integrationsprognose u.a. auf die Arbeitsmarktkapazitäten zu beziehen hat, ebenso wie auf andere Kontextfaktoren.

Resümee aus sozialanalytischer Perspektive:

Das Ausmaß von Erwerbsminderung bzw. die Erwerbsunfähigkeit werden nicht abstrakt auf der Basis von ausschließlich medizinischen Gesichtspunkten beurteilt. Vielmehr gilt es, unterschiedliche Kontextfaktoren zu berücksichtigen, wozu beispielsweise das Angebot an Teilzeitarbeitsplätzen zu zählen ist. Damit reduziert sich das Phänomen der Erwerbsminderung nicht auf eine Eigenschaft der Person, sondern kann als Partizipationsstörung gemäß des bio-psycho-sozialen Modells der ICF begriffen werden. Anhand der ICF bietet sich gleichermaßen die Möglichkeit, Ursachen und Einflussfaktoren der Erwerbsminderung zu identifizieren und dadurch Ansatzpunkte einer Verhinderungsstrategie zu entwerfen. Ob Krankheit oder Behinderung tatsächlich zur Erwerbsminderung führen, wird letztlich durch den auf unterschiedlichen Ebenen ablaufenden Adaptationsprozess bei der betroffenen Person und ihrer Umwelt abhängen. Ziel präventiver und rehabilitativer Leistungen wird es sein, an den als förderlich identifizierten Faktoren für eine adäquate Adaptation anzusetzen bzw. diese zu stärken (z.B. Stärkung der Handlungskompetenzen und der eigenen Kontrollerwartung). Positiv gestaltete Adaptationsprozesse beziehen den betrieblichen Kontext mit ein, wirken rechtzeitig den negativen Einflüssen längerer AU-Zeiten entgegen und nutzen über- bzw. innerbetriebliche Frühwarnsysteme.

Resümee aus sozialrechtlicher Perspektive:

Das Verhältnis des Behinderungsbegriffs in § 2 SGB IX zu § 43 SGB VI birgt ein Problem. Es besteht darin, dass in § 43 SGB VI nicht wie in § 2 SGB IX unterschieden wird, ob die Beschwerden alterstypisch sind oder nicht, so dass Ansprüche auf Leistungen zur Teilhabe nach dem SGB IX und Rentenansprüche nach dem SGB VI auseinanderfallen könnten. Die

daraus resultierende Anspruchslücke ist durch die Ausweitung des Anspruchs auf Leistungen zur Teilhabe in Rentenfällen zu füllen. Es ist bedenklich, dass im Bereich der Grundbegriffe solche Schwachstellen erkennbar sind. Im Rahmen weiterer Gesetzgebung sollte hier eine Klarstellung erfolgen, indem beim Behindertenbegriff nach § 2 SGB IX der Bezug auf das Alterstypische entfällt.

Weiterhin sind die zahlreichen Facetten des Begriffs der Erwerbsminderung im Rentenrecht durch gefestigte Rechtsprechung weitgehend geklärt und konnten ohne Brüche für die Neuregelung der Erwerbsminderungsrenten in § 43 SGB VI übernommen werden. Das Problem bleibt die Feststellung der Leistungsfähigkeit nach Stunden. Diese Frage wird im Rahmen der Vorschläge zur Neugestaltung der Voraussetzungen für Renten wegen Erwerbsminderung diskutiert. Ziel muss es sein, zur Erwerbsminderung ein Raster für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit unter Berücksichtigung von Leistungen zur Teilhabe zu entwickeln.

Für Ansprüche auf Leistungen zur Teilhabe ist im Rentenrecht eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit Voraussetzung (§ 10 SGB VI). Es wird damit nicht gefordert, dass die Voraussetzungen einer Rente vorliegen; es sollen lediglich Bagatellfälle ausgeschlossen werden. In § 10 SGB IX sollte der Begriff „erheblich“ entfallen oder durch eine klarere Formulierung ersetzt werden.

Der Begriff der Erwerbsminderung ist im SGB IX eingebettet in den Begriff der Behinderung. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit lässt sich als Grundtatbestand von Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben beschreiben. Das SGB IX will diese Teilhabestörungen beseitigen oder kompensieren, indem es die Erwerbsfähigkeit verbessert. Es enthält also das Aktionsprogramm für den Erhalt, die Wiederherstellung oder Verbesserung der Erwerbsfähigkeit. Zugleich dient es damit der Vermeidung sonstiger Sozialleistungen, insbesondere von Renten (s. z.B. § 26 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX).

3 Diskussionsgrundlage zur Gestaltung des Verfahrensablaufs in Rentenverfahren unter den Vorgaben des SGB IX (Vermeidung von Erwerbsminderungsrenten)

3.1 Zusammenfassung

Das Ziel von Leistungen zur Teilhabe ist in erster Linie, dem behinderten Menschen so viel wie möglich ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen und ihm so viel wie möglich eingeschränkte Chancen zurückzugeben. Zugleich dienen sie aber auch der finanziellen Entlastung der Träger; denn erfolgreiche Leistungen zur Teilhabe, die Renten ersparen, rechnen sich oft schon nach wenigen Monaten. Deshalb muss auch dem Aspekt der Verhinderung von Erwerbsminderungsrenten durch Leistungen zur Teilhabe ein besonderes Augenmerk gewidmet werden. Dies sollte den Akteuren stets bewusst sein.

Die Diskussionsgrundlage wendet sich insbesondere an die Mitarbeiter der Rentenversicherung, die mit der Bearbeitung von Erwerbsminderungsrentenanträgen bzw. daraus resultierenden Anträgen auf Leistungen zur Teilhabe befasst sind. Mit der ICF und dem SGB IX stehen Teilhabe und Selbstbestimmung als feste Größen erstmals auch im Gesetz. Dies erfordert ein Umdenken der Akteure im System der Rehabilitation und Prävention.

Die Struktur dieses Leitfadens wird bestimmt durch die verschiedenen Akteure auf der einen Seite und die zu bewältigenden Aufgaben auf der anderen Seite. Wir wollen die Aufgabenverteilung zwischen den Akteuren heraus stellen und auf die besonderen Probleme hinweisen, die durch das vom SGB IX verstärkt eingeforderte Zusammenspiel der einzelnen Sozialversicherungsträger und der Abteilungen Rehabilitation und Rente innerhalb der Rentenversicherung hervorgerufen werden.

Diese dritte Version der Diskussionsgrundlage enthält neben dem umfangreichen Ablaufplan, der die Zielvorgaben des SGB IX umzusetzen versucht, einen reduzierten Ablaufplan durch die Praktiker. Dieser unterscheidet sich im wesentlichen von dem von uns vorgestellten Ablaufplan dadurch, dass die wesentlichen Aspekte der Informationsaufnahme und Beratung – vor der Begutachtung – bereits bei der Antragsaufnahme stattfindet. Soweit hierdurch nicht Umfang und Qualität von Informationsaufnahme und Beratung beeinträchtigt werden, ist dem nichts entgegen zu setzen. Es ist aber zu befürchten, dass das Paket an Informationen, das bei der Begutachtung vorliegt wesentlich geringer sein wird, als das von uns geplant ist. Ein weiterer Unterschied liegt darin, dass eine Beratung in Richtung Leistungen zur Teilhabe erst nach der Begutachtung stattfindet und erst das Begutachtungsgespräch – soweit es stattfindet – genutzt wird den Versicherten von der beantragten Rente auf Leistungen zur Teilhabe umzupolen, soweit der Sachverständige Leistungen zur Teilhabe als erfolgsversprechend einstuft. Hierdurch wird die Funktion und der Umfang der Begutachtung ausgeweitet. Dies steht im Gegensatz zu unserem Modell, bei dem dem Sachbearbeiter – insbesondere aus Kostengründen – viel mehr Verantwortung übertragen wurde.

3.2 Auftrag des SGB IX

3.2.1 These 1

Im Mittelpunkt des Verfahrens steht der behinderte Mensch. Ihm ist in jeder Phase des Verfahrens Raum zu lassen, die Entscheidungen über Leistungen zur Teilhabe und den Gang des Verfahrens zu steuern. Seine Motivation ist zu stärken; ihm sind Alternativen aufzuzeigen (Selbstbestimmung). Tragendes Prinzip ist der Dialog.

Jeder Bearbeiter im Erwerbsminderungsrentenverfahren und Verfahren der Erbringung von Leistungen zur Teilhabe hat offen und vorurteilsfrei den Dialog mit dem Betroffenen zu suchen. Ziel ist mit ihm gemeinsam eine der Situation angepasste individuelle Lösung zu suchen. Das Gesetz macht dies an vielen Stellen deutlich.

Schon in § 1 SGB IX wird das Ziel der Selbstbestimmung hervorgehoben. Diese Zielvorgabe ist nicht beschränkt auf die Auswahl der Leistungen zur Teilhabe; sie erfasst denknottwendig auch das gesamte Verfahren (vgl. Haines in LPK SGB IX § 1 Rz. 9).

§ 9 Abs. 1 SGB IX legt fest, dass den Wünschen und Bedürfnissen des behinderten Menschen möglichst zu entsprechen ist. Nach § 9 Abs. 3 SGB IX haben Dienste und Einrichtungen den Leistungsberechtigten möglichst viel Raum für eigenverantwortliche Gestaltung ihrer Lebensumstände zu lassen und ihre Selbstbestimmung zu fördern.

Diese Gedanken werden in §§ 4 und 33 Abs. 2 SGB IX für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben aufgegriffen und speziell ausgestaltet.

§ 9 Abs. 2 SGB IX erlaubt eine Leistungserbringung in Form von Geldleistungen anstelle von Sachleistungen, wenn der behinderte Mensch dies beantragt. Darüber hinaus ermöglicht § 17 Abs. 2 SGB IX, die Leistungen zur Teilhabe in Form eines persönlichen Budgets zu erbringen. Er ist zwar als Recht des Trägers ausgestaltet, diese Form anzubieten, wenn sie wirtschaftlicher und sparsamer ist; der behinderte Mensch kann diese Alternative aber auch selbst beantragen.

Die Erbringung von Leistungen zur Teilhabe ist letztendlich immer von der Zustimmung des behinderten Menschen abhängig (§ 9 Abs. 4 SGB IX). Der behinderte Mensch muss lediglich im eigenen Interesse die Mitwirkungsobliegenheiten in §§ 62-65 i.V.m. §§ 66 und 67 SGB I bedenken.

Dieses Selbstbestimmungsrecht erstreckt sich auch auf die einzelnen Verfahrensschritte. Der behinderte Mensch ist fortlaufend darüber zu informieren, was beabsichtigt ist und welchem Ziel der einzelne Verfahrensschritt dient; damit er entscheiden kann, ob er diesem Schritt zustimmt.

3.2.2 These 2

Es ist Aufgabe und Verpflichtung der Träger, dem behinderten Menschen Wege aufzuzeigen, Wege zu ebnen und aktiv gestaltend individuell angepasste Wege und Möglichkeiten zu entwickeln, damit der behinderte Mensch selbstverantwortlich die Schritte unternehmen kann, die ihm die selbstbestimmte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglichen.

Das Sozialrecht und speziell das Sozialrechtsverhältnis ist geprägt vom Erfüllungsprinzip (§§ 1 Abs. 2, 2 Abs. 2 und 17 SGB I Art 20 GG –Sozialstaatsprinzip-; dazu BSG 26.10.1982 – 12 RK 37/81 – USK 82171). Das Sozialrecht will reale und möglichst optimale Veränderungen bei Problemlagen des Bürgers bewirken (§ 17 Abs. 1 Nr. 1 SGB I). Der Bürger soll dabei als Person eingebunden sein (Partizipation). Diese Ziele werden umgesetzt durch ein Kooperationskonzept. Dabei haben beide Seiten „alles in ihren Kräften stehende“ und ihnen Zumutbare zu tun, um sich gegenseitig vor vermeidbaren, das Versicherungsverhältnis betreffende Schäden zu bewahren (BSGE 34, 124).

Das Kooperationsverhältnis ist dadurch geprägt, dass die Verwaltung im Rahmen des Verfahrens auf Grund ihrer umfassenden Kenntnis und umfangreichen Ausstattung von sich aus (von Amts wegen) auf den Bürger zugeht und ihn in Stand setzt, mit ihr gemeinsam herauszufinden, welche Leistung in Betracht kommt oder seinem Anliegen am nächsten kommt (BSGE 50, 16; BSG SozR 4100 § 44 Nr. 9; BSG SozR 1200 § 14 Nr. 11). Beratung und Hilfestellung kommt die Funktion zu, das Feld für eine Mitwirkung zu bereiten, denn zur eigenverantwortlichen Mitwirkung gehört die Kenntnis aller maßgeblichen Umstände (BSG SozR 4100 § 44 Nr. 9).

Einen besonderen Ausdruck findet dieses Kooperationsprinzip vor allem in der jederzeit bestehenden Pflicht zur Beratung auch ohne ausdrückliches Beratungsbegehren, wenn Gestaltungsmöglichkeiten klar zu Tage liegen, deren Wahrnehmung offenbar so zweckmäßig ist, dass jeder Versicherte sie mutmaßlich nutzen würde (BSG SozR3-1200 § 14 Nr. 29 S. 96 m.w.N.). Im Rahmen eines Verfahrens über die Erbringung von Leistungen zur Teilhabe geht die Beratungspflicht noch darüber hinaus, weil sie die Basis schaffen muss, zwischen bestehenden Gestaltungsmöglichkeiten einen individuell angepassten Weg zu finden.

Von Amts wegen haben die Träger überdies auf den Versicherten zuzugehen, wenn sich ein Anhalt für einen Bedarf an Präventionsmaßnahmen oder Leistungen zur Teilhabe ergibt, und mit ihm die Einleitung eines Verfahrens und die Einschaltung der zuständigen Träger zu erörtern.

Zur Erleichterung und Verbesserung dieser übergreifenden Beratung hat das SGB IX die Gemeinsame Servicestelle vorgesehen (§§ 22 ff. SGB IX). Sie ermöglicht eine trägerübergreifende Beratung und Unterstützung und ist damit ein wesentliches Element effizienter Antragsbearbeitung und eines Case-Managements (dazu These 3).

So weit sich bei einer Begutachtung über den Bedarf an Leistungen zur Teilhabe ergibt, dass die Deckung dieses Bedarfs teilweise in die Zuständigkeit anderer Träger fällt, sind die Träger verpflichtet, von Amts wegen auf den Versicherten zuzugehen und die Koordinierung von Leistungen im Sinne der §§ 10 und 11 SGB IX mit ihm gemeinsam einzuleiten und voranzutreiben.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das starke Selbstbestimmungsrecht des behinderten Menschen die Träger nicht nur nicht davon entlastet, von sich aus (von Amts wegen) dem Versicherten die bestehenden Möglichkeiten zu eröffnen, sondern sie im Gegenteil sogar in verstärktem Maße verpflichtet, die Voraussetzungen für selbstbestimmte Entscheidungen und erfolgreiche Leistungserbringung herbeizuführen.

3.2.3 These 3

Das SGB IX stellt erweiterte Anforderungen an die Antragsbearbeitung. Sie ist geprägt durch den Gedanken umfassenden Case-Managements. Anträge sind nunmehr Auslöser für eine umfassende Bearbeitung der Problemlagen des behinderten Menschen.

Dies gilt bereits für die Beratungsebene; sie wird im SGB IX ausgebaut durch Erweiterung der Beratungspflichten und die Einrichtung von Gemeinsamen Servicestellen (s. auch Erl. zu Thesen 2 und 13).

Dies gilt ebenso für den Umfang der Bearbeitung; sie wird vorgezeichnet durch die §§ 14 und 8 SGB IX (s. dazu Erl. zu Thesen 4-8 u. 13).

Dies gilt ferner für die Begutachtung, die gem. § 14 Abs. 5 Satz 5 SGB IX umfassend erfolgt (dazu Thesen 9-10 u. 13).

Dies gilt schließlich für die Leistungserbringung; das SGB IX setzt auf die Vernetzung der verschiedenen Leistungen (§§ 10-13 SGB IX; dazu Thesen 11-13).

Sehr deutlich wird dieser Wandel an den Aufgaben der Gemeinsamen Servicestellen (§ 22 Abs. 1 S. 2-5 SGB IX) die jeweils umfassend angelegt sind:

Informationspflicht, Klärung des Bedarfs, Hilfe bei der Inanspruchnahme von Leistungen, Fassung der Anträge und Klärung der Zuständigkeiten, Vorbereitung der Entscheidungen und Hinwirken auf Beschleunigung, unterstützende Begleitung bis zur Entscheidung, Koordinierung der Leistungen, Einbeziehung anderer Stellen.

§ 14 SGB IX macht die Leistungspflicht bei Leistungen zur Teilhabe nicht mehr von materiellen Voraussetzungen abhängig, sondern vom Verhalten des Trägers, bei dem der Antrag gestellt wurde, in den ersten zwei Wochen. Nach Ablauf der zwei Wochen steht die Zuständigkeit für die beantragte Leistung dann fest. Dementsprechend muss der Träger, sofern er

den Antrag nicht weitergeleitet hat und die beantragte Leistung nach dem für ihn geltenden Leistungsgesetz nicht oder nur unzureichend erbringen kann, prüfen, ob nicht nach dem für den materiell zuständigen Leistungsträger geltenden Gesetz der Antrag begründet wäre. Bei Unklarheiten über die materielle Zuständigkeit muss geprüft werden, ob ein anderes Leistungsgesetz Grundlagen für die beantragte Leistung enthält. Nur so können die Ziele des § 4 SGB IX erfüllt werden. Andernfalls wäre der Betroffene gezwungen, nach Ablehnung seines Antrages durch den § 14 SGB IX leistungspflichtigen Träger erneut einen Antrag bei dem (einem) materiell zuständigen Träger zu stellen, was § 14 Abs. 1 und 2 SGB IX gerade verhindern will.

Wurde der Antrag an einen Rehabilitationsträger weitergeleitet, der für die beantragte Leistung nicht Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 SGB IX sein kann, klärt er gemäß § 14 Abs. 2 Satz 5 SGB IX mit dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger unverzüglich ab, von wem und in welcher Weise über den Antrag innerhalb der Fristen nach § 15 Abs. 2 Satz 2 und 4 SGB IX entschieden wird, und unterrichtet den Antragsteller.

Für die Begutachtung ist die Verpflichtung zur trägerübergreifenden Prüfung (§ 14 Abs. 5 Satz 5 SGB IX) erkannt worden; es werden Grundsätze für eine trägerübergreifende Begutachtung entwickelt. Entscheidend ist, dass diese auf die Gesamtheit der Teilhabestörungen ausgerichtet werden, insbesondere auch auf Behinderungen der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Die Vernetzung der Leistungen gehört immer noch zu den am schwersten durchzusetzenden Aufgaben. Hier wird die Notwendigkeit des Case-Management besonders deutlich. Sofern sich die Betroffenen an die Gemeinsamen Servicestellen wenden, müssen sie diese Aufgabe erfüllen. Regelmäßig muss aber der Träger selbst dieses Case-Management (§§ 10-13 SGB IX) sicherstellen.

3.2.4 These 4

Bei Verfahren, die im Zusammenhang mit Behinderungen stehen, steht die Prüfung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe im Vordergrund. Der Gesetzgeber hat den Trägern in § 8 Abs. 1 SGB IX eine neue übergreifende Aufgabe zur frühzeitigen Feststellung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe zugewiesen. Ziel ist in erster Linie die Rückkehr auf den/einen Arbeitsplatz und nicht die Rente.

Die Sachbearbeitung behinderungsbezogener Vorgänge durch die Rehabilitationsträger hat grundsätzlich vier materielle Ziele:

- die trägerübergreifende Feststellung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe im medizinischen, beruflichen und gesellschaftlichen Bereich (§ 8 i.V.m. § 5 SGB IX, § 11 SGB IX)
- die Prüfung der Möglichkeiten zur Verhinderung von Pflegebedürftigkeit (§ 8 Abs. 3 SGB IX)
- die Feststellung von Präventionsbedarf (§ 3 SGB IX) und
- die Prüfung der materiell-rechtlichen Voraussetzungen der beantragten Leistungen oder darüber hinaus zweckmäßiger Leistungen im Übrigen.

Durch § 8 Abs. 1 SGB IX ist das Verfahren zur Prüfung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe ganz in den Vordergrund gerückt worden. Das Verfahren muss in jedem Fall stattfinden, wenn der Vorgang Behinderungen betrifft. Das ist z.B. der Fall bei Anträgen auf Rente wegen Erwerbsminderung. Es wird, ohne dass es eines Antrags bedarf, neben dem Verfahren über die Rente ein Verfahren zur Prüfung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe ausgelöst. § 8 SGB IX ist ein wesentlicher Baustein im Konzept des SGB IX zur frühzeitigen Aufdeckung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe und Sicherung rechtzeitiger Intervention. Der Träger hat deshalb dem behinderten Menschen von sich aus eine umfassende Prüfung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe anzubieten und deren Bedeutung mit ihm zu

erörtern. Für weitere Verfahrensschritte ist das Einverständnis des behinderten Menschen erforderlich. Der behinderte Mensch ist zu informieren, was das Gesetz vorsieht und bezweckt und welche Vorteile dies für ihn mit sich bringt, damit er entscheiden kann, ob er dem zustimmen will.

Das beschriebene Verfahren zur Prüfung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe läuft fast identisch ab, wenn statt eines Antrags auf Rente ein Antrag auf eine bestimmte Leistung zur Teilhabe, z.B. eine Maßnahme der stationären Rehabilitation, gestellt wird. Es liegt dann zwar nur ein Antrag auf eine bestimmte Leistung vor; die umfassende Prüfung nach § 8 Abs. 1 SGB IX wird aber daneben von Amt wegen eingeleitet und durchgeführt soweit der behinderte Mensch hierzu sein Einverständnis erklärt.

3.2.5 These 5

Das Verfahren zur Prüfung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe löst sich von dem Antrag, der es auslöst, und wird selbständig fortgeführt.

Eine Entscheidung über die Erwerbsminderungsrente beendet nicht das Verfahren über Teilhabeleistungen. Zudem ist das Erwerbsminderungsrentenverfahren fortzuführen, auch wenn daneben Leistungen zur Teilhabe beantragt wurden.

Da § 8 Abs. 1 SGB IX eine Verfahrensvorschrift ist, kann dort auch nur die verfahrensmäßige Prüfung der Leistungen zur Teilhabe gemeint sein. Es geht noch nicht um das materielle Verhältnis verschiedener Leistungen, sondern nur um eine eigenständige Verpflichtung, den Bereich der Leistungen zur Teilhabe umfassend zu prüfen (sofern der behinderte Mensch zustimmt). Die neue Aufgabe, „trägerübergreifende Prüfung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe“, wächst dem Träger durch den Antrag oder die anderweitige Einleitung eines Verfahrens über Leistungen wegen Behinderungen zu; sie löst sich allerdings in derselben gedanklichen Sekunde von dem Verfahren, das sie ausgelöst hat, und wird selbständig fortgeführt.

Nicht ausgeschlossen wird dadurch, dass beide Verfahren aus Zweckmäßigkeitsgründen teilweise im Verbund betrieben werden, so z.B. bei der Begutachtung.

Ermöglicht wird die Unabhängigkeit der Verfahren dadurch, dass der Grundsatz „Reha vor Rente“ in § 8 Abs. 2 SGB IX keine materielle Bedeutung mehr hat.

Früher war das Verhältnis von Rente und Rehabilitation in der Weise geregelt, dass bis zum Beginn der Rehabilitationsmaßnahme und während ihrer Dauer Übergangsgeld zu zahlen war. Der Rentenanspruch ruhte in dieser Zeit. Nach geltendem Recht gibt es kein Ersatzübergangsgeld bis zum Beginn einer Maßnahme mehr, auch nicht nach Eintritt der Voraussetzungen einer Erwerbsminderungsrente. Rente und Übergangsgeld stehen nebeneinander und werden dem Grunde nach unabhängig voneinander gewährt. Sie werden nur aufeinander angerechnet (§ 52 Abs. 1 Nr. 4 und 5 SGB IX und § 96 a Abs. 3 SGB VI).

Der Grundsatz „Reha vor Rente“ bedeutet nur noch, dass dann, wenn der Rentenfall zu erwarten ist, der Träger verpflichtet ist, Leistungen zur Teilhabe zu erbringen soweit der Rentenfall dadurch vermieden oder verzögert oder behoben werden kann.

Es gibt nicht mehr ein materielles Entweder-oder, sondern nur noch eine vorrangige Verpflichtung mit allen Möglichkeiten der Leistungen zur Teilhabe dem Entstehen von rentenrelevanter Erwerbsminderung entgegenzuwirken.

§ 8 Abs. 1 SGB IX erfasst drei Fallgruppen:

- Eine Leistung wird beantragt.
- Eine Leistung wird (bereits) gewährt.
- Eine Prüfung wird mit Zustimmung des behinderten Menschen von Amts wegen eingeleitet.

Der letzte Fall ist nicht ausdrücklich erwähnt, gehört aber sinngemäß dazu.

Beispiel Rentenanspruch: Der Antrag löst neben dem eigentlichen Rentenverfahren die Pflicht zur Prüfung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe aus. Die Prüfung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe wird indes auch dann weitergeführt, wenn sich der Rentenanspruch aus versicherungsrechtlichen Gründen oder durch Rücknahme alsbald erledigt.

Auch wenn sich aus dem Erwerbsminderungsrentenverfahren ein Verfahren auf Erbringung von Leistungen zur Teilhabe entwickelt, ist das Erwerbsminderungsrentenverfahren fortzuführen und nicht die Entscheidung bis zur Beendigung des Verfahrens auf Erbringung von Leistungen zur Teilhabe ruhen zu lassen bzw. dem Versicherten die Rücknahme seines Erwerbsminderungsrentenanspruches zu empfehlen – wie vielfach auch heute noch praktiziert. Die Rentenleistung ist vielmehr – soweit ein Anspruch besteht – entsprechend zeitlich zu begrenzen, so dass eine erneute Überprüfung des Erwerbsminderungsrentenanspruchs nach Erbringung der Leistungen zur Teilhabe stattfindet (s. auch § 102 Abs. 2 a SGB VI).

Beispiel Anschlussheilbehandlung: Die erforderliche schnelle Einleitung der Anschlussheilbehandlung ändert nichts an der Pflicht zur umfassenden trägerübergreifenden Erfassung des Rehabilitationsbedarfs und der Einleitung der notwendigen Maßnahmen; sie sind nunmehr lediglich mit der Anschlussheilbehandlung so zu vernetzen, dass Verzögerungen und zusätzliche Begutachtungen tunlichst vermieden werden.

3.2.6 These 6

Die Prüfung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe umfasst alle in § 5 SGB IX aufgeführten Bereiche und erfolgt trägerübergreifend. Es muss sichergestellt werden, dass unabhängig von Zuständigkeiten bei jedem behinderten Menschen gleichermaßen eine umfassende Leistungsbeurteilung stattfindet.

Der Kontakt mit Behinderung erfordert eine umfassende Prüfung der Situation des Betroffenen. Das wird noch einmal sehr deutlich in § 14 Abs. 5 Satz 5 SGB IX, wo von den Sachverständigen eine umfassende Begutachtung verlangt wird, und in § 8 Abs. 3 SGB IX, der die Vermeidung oder Überwindung von Pflegebedürftigkeit einschließt. Auch § 10 SGB IX (Koordination verschiedener Leistungen unterschiedlicher Träger durch den zunächst leistenden Träger) spricht für eine solche Auslegung.

Die Prüfung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe hat deshalb trägerübergreifend zu erfolgen. Durch diese Regelung wird verhindert, dass Leistungen zur Teilhabe deshalb nicht erbracht werden, weil sich der zunächst angegangene Träger nur um die Bedarfsbestimmung kümmert, die sich aus seinem Leistungskatalog ergibt.

Die Prüfung muss alle in § 5 SGB IX angesprochenen Bereiche umfassen, auch wenn das Verfahren primär nur eine dieser Gruppen, zum Beispiel medizinische Rehabilitationsleistungen, betrifft. Die Bereiche der Leistungen zur Teilhabe, die jeweils zu prüfen sind, sind gemäß § 5 SGB IX

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen

- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

§ 11 SGB IX, der die gleichzeitige Prüfung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben regelt, stellt keine Einschränkung des § 8 Abs. 1 SGB IX dar, sondern stellt nur einen besonders häufigen und wichtigen Fall gesondert heraus und regelt ihn.

Dieser Umfang der Prüfungspflicht ist neu. Während sich nach früherem Recht die Sachbearbeitung noch stärker auf die eigenen Aufgaben des Trägers konzentrieren konnte und die Begutachtung durch § 96 SGB X ebenfalls auf diesen Bereich beschränkt schien, werden nunmehr diese Grenzen klar durchbrochen und die übergreifende Prüfung zur eigenen Aufgabe jedes Trägers gemacht – auch i. S. v. § 96 SGB X. § 96 SGB X steht deshalb dem Auftrag des § 8 Abs. 1 SGB IX nicht entgegen.

Das gilt – um dies noch mal zu wiederholen – auch für die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, die der Sozialhilfeträger zu erbringen hat. Deshalb kann diese Prüfung nicht unterbleiben, wenn, z.B. in Rentenverfahren deutlich wird, dass eine Rückkehr in das Arbeitsleben nicht zu erreichen ist.

Diese umfassende Aufgabe kann nur im Dialog mit dem behinderten Menschen bewältigt werden. Er ist darüber zu informieren was Aufgabe des Trägers ist, welche Schritte in Betracht kommen und welche Alternativen sich ergeben könnten. Es ist an dieser Stelle sehr wichtig, dem behinderten Menschen bewusst zu machen, dass ihm nichts aufgezwungen wird, sondern ihm Angebote gemacht werden, die Verbesserung seiner Lebenssituation zu steuern.

Bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist wichtig, vor der Begutachtung die konkreten Schwierigkeiten zu ermitteln, die sich im bisherigen Arbeitsleben, insbesondere im Rahmen der letzten Beschäftigung ergeben haben. Hierzu bedarf es – die Zustimmung des Betroffenen vorausgesetzt – einer Fühlungnahme mit dem Arbeitgeber und dem Betriebsarzt.

Daneben muss aber auch ein Anforderungsprofil der Beschäftigung vorliegen, die das Ziel der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sein könnte, damit der Gutachter hierauf seine Begutachtung ausrichten und feststellen kann, inwieweit das Leistungsprofil des behinderten Menschen dieser Aufgabe entspricht. Hier kommt es sehr auf die Mitwirkung des behinderten Menschen an. Er muss seine Erfahrungen auf dem letzten Arbeitsplatz einbringen und in einen Dialog mit Arbeitgeber und Betriebsarzt einbezogen werden.

Die Leistungsgruppe Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft wird oft nicht mit in die Prüfung einbezogen. Wegen der Verpflichtung zur trägerübergreifenden Prüfung darf dieser Bereich aber nicht ausgespart werden, selbst wenn er in vielen Fällen nicht problematisch ist. Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben decken zwar viele Probleme ab, die sich zugleich bei der Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft stellen. Dies gilt aber z.B. meist nicht für die Probleme im Wohnbereich (§ 55 Abs. 2 Nr. 5 SGB IX) oder zusätzliche Hilfsmittel (§ 55 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX).

Durch die Einbeziehung des Sozialhilfeträgers in die Reihe der Rehabilitationsträger gemäß § 6 SGB IX wird ein Auffangbecken geschaffen, welches allen Antragstellern eine Lösung ihres Teilhabeproblems ermöglicht. Es soll hierdurch verhindert werden, dass ein behinderter Mensch durch das Netz der sozialen Sicherung fällt. Für den Antragsteller, der es sich finanziell erlauben kann und für dessen Leistungen zur Teilhabe kein Sozialversicherungsträger leistungspflichtig ist, ist es ebenfalls erforderlich, den Bedarf an Leistungen zur Teilhabe zu beschreiben. Auch dieser Versicherte soll wissen, durch welche Maßnahmen er an dem Leben in der Gesellschaft wieder teilnehmen kann.

3.2.7 These 7

Zu den Zielen der Leistungen zur Teilhabe gehört auch Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten (§ 4 Abs. 2 SGB IX).

Die Träger haben ebenso in allen Verfahren, die Behinderungen betreffen, zu prüfen, ob durch Leistungen zur Teilhabe Pflegebedürftigkeit vermieden, überwunden, gemindert oder ihre Verschlimmerung verhütet werden kann (ausführlich dazu § 8 Abs. 3 SGB IX; § 5 Abs. 2 SGB XI; § 18 Abs. 1 Satz 3 SGB XI; Welte PKR 2003, 813). Diese in § 8 Abs. 3 SGB IX niedergelegte Verpflichtung ist keine Sonderbestimmung, sondern die logische Folge aus der Verpflichtung, dem behinderten Menschen eine selbstbewusste Teilhabe am Leben zu ermöglichen; denn Pflegebedürftigkeit ist eine besonders schwere Form der Behinderung, eine besonders tiefgreifende Einschränkung des selbstbestimmten Lebens. Diese Verpflichtung trifft alle in § 6 SGB IX aufgeführten Rehabilitationsträger und alle in § 5 SGB IX aufgeführten Leistungsgruppen, wobei allerdings die medizinische Rehabilitation im Vordergrund steht (§ 26 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX).

Die Pflegekassen sind nur für die Pflege selbst zuständig, nicht aber für Leistungen zur Teilhabe. Dennoch haben aber auch sie den Bedarf an Leistungen zur Teilhabe zu prüfen, Rehabilitationsleistungen bei den Trägern anzuregen und den behinderten Menschen bei der Durchsetzung seiner Ansprüche zu unterstützen (§ 5 Abs. 1 SGB XI).

Verfahrensmäßig kommen zwei Wege in Betracht: Entweder wird der Bedarf an Leistungen zur Teilhabe schon im Gutachten des MDK zur Pflegebedürftigkeit (oder in anderem Zusammenhang) festgestellt. In diesem Fall ist der zuständige Träger an diese Feststellungen gebunden (§ 18 Abs. 1 Satz 3, 2. Halbsatz SGB IX). Oder die Feststellung erfolgt im Rahmen eines Verfahrens, das durch einen Rentenanspruch, einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe oder durch sonstige eine Behinderung betreffende Verfahren ausgelöst wird (§ 1 Abs. 1 und 3 SGB IX). Sofern der das Verfahren betreibende Kläger für die notwendigen Leistungen zur Teilhabe nicht zuständig ist, ist der Vorgang nach Erörterung mit dem behinderten Menschen an den zuständigen Träger weiterzuleiten, unter Umständen bereits verbunden mit einem bestimmten Antrag.

3.2.8 These 8

Das Erfordernis präventiver Maßnahmen und Verhaltensweisen ist neben Leistungen zur Teilhabe stets ebenfalls zu prüfen, unabhängig von der konkreten Verpflichtung des Rentenversicherungsträgers.

Zugleich mit den Leistungen zur Teilhabe sind notwendige Maßnahmen zur Prävention zu prüfen, denn gemäß §§ 3 i.V.m. 12 Abs. 1 Nr. 5 SGB IX haben die Träger auch diesen Bedarf abzudecken.⁸⁵ Diese Pflicht trifft auch die Träger, die selbst für die Prävention nicht zuständig sind. Anders kann die Pflicht, auf Vermeidung von Beeinträchtigungen hinzuwirken, nicht verstanden werden.

⁸⁵ Wir verstehen unter Prävention den in § 3 SGB IX beschriebenen Aufgabenkreis. Leistungen zur Teilhabe haben zwar unter Umständen auch präventiven Charakter, denn sie werden auch an von Behinderung bedrohte Personen gewährt. Der Unterschied liegt aber darin, dass § 4 SGB IX i.V.m. den Leistungsgesetzen Ansprüche des behinderten Menschen gegenüber dem Träger beschreibt, während § 3 SGB IX zusätzliche Verpflichtungen der Träger anspricht. Somit ergänzen Leistungen nach § 3 SGB IX die Prävention durch Leistungen zur Teilhabe, wo diese nicht in Betracht kommen oder nicht ausreichen.

Obwohl mithin Leistungen zur Teilhabe auch Prävention beinhalten ist es um der begrifflichen Klarheit willen sinnvoll der gesetzlichen Differenzierung in den §§ 3 und 4 SGB IX zu folgen und von Leistungen zur Prävention nur bei Leistungen nach § 3 SGB IX zu reden und im Rahmen von § 4 SGB IX von Leistungen zur Teilhabe.

Die Prüfung von Leistungen zur Prävention drängt sich besonders auf, wenn Leistungen zur Teilhabe (noch) nicht in Betracht kommen. Hier ist mit dem Betroffenen ein Konzept zu erarbeiten und umzusetzen. Insbesondere kommen auch Hilfen bei der Umsetzung am Arbeitsplatz in Betracht.

Die Pflicht zur trägerübergreifenden Prüfung von Leistungen zur Teilhabe und auch zur Prävention ist nicht begrenzt nach der Art der Vorgänge, die an Behinderungen anknüpfen. Dies gilt für jeden Träger des § 6 SGB IX.

Empfehlungen zur Prävention, die in § 13 Abs. 2 SGB IX vorgesehen sind, sind noch nicht beschlossen worden. Das entbindet die Träger aber nicht, schon von sich aus ein Konzept zu erarbeiten, wie sie daran mitwirken können den Bedarf an Leistungen zur Teilhabe möglichst gar nicht erst entstehen zu lassen. Hierzu könnten insbesondere auch allgemeine und den Einzelfall betreffende Kontakte mit den Arbeitgebern über Gestaltung des betrieblichen Gesundheitsmanagements erforderlich sein.

3.2.9 These 9

Gutachtensaufträge müssen den Vorrang des Verfahrens über Leistungen zur Teilhabe herausstellen sowie die Verpflichtung zur umfassenden und trägerübergreifenden Begutachtung.

Der Auftrag der §§ 8 Abs.1 und 14 Abs. 5 Satz 5 SGB IX fordert eine Änderung in Bezug auf die Gestaltung von Gutachtensaufträgen.

Es ist als erstes die Vorrangigkeit der Prüfung des Bedarfs von Leistungen zur Teilhabe und präventiver Maßnahmen herauszustellen (§ 8 Abs. 1 SGB IX).

Als zweites muss deutlich gemacht werden, dass die Prüfung trägerübergreifend zu erfolgen hat (§§ 8 Abs. 1 und 10 SGB IX).

Es ist eine umfassende Beschreibung der Leistungsfähigkeit nach den Vorgaben der ICF herbeizuführen (§ 14 Abs. 5 Satz 5 SGB IX).

Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, muss der Gutachtensauftrag – auch in Verfahren über Erwerbsminderungsrenten – als Auftrag zu einem „Reha-Gutachten“ gefasst werden. Erst die zweite Frage darf die nach dem Umfang der (verminderten) Leistungsfähigkeit nach den Maßstäben des Erwerbsminderungsrentenrechts sein. Dies kommt auch der Brauchbarkeit des Gutachtens für das Rentenverfahren zugute.⁸⁶ Hierdurch wird der Blick stärker auf das erforderliche positive Leistungsprofil gelenkt und die Beurteilung auf konkretere Ausgangswerte gestützt.

In den Thesen des Ad-hoc-Ausschusses des VdK⁸⁷ heißt es:

„Die Gutachter sollten entsprechend dem Grundsatz Rehabilitation vor Rente

- stets in erster Linie rehabilitativ denken
- (nach den Diagnosen) zunächst rehabilitative Vorschläge und Beurteilungen darstellen und
- erst zuletzt zur aktuellen Leistungsfähigkeit kommen“.

⁸⁶ Gagel, A., Schian, H.-M. (2002). „Die Dominanz der Rehabilitation bei Bearbeitung und Begutachtung in Rentenverfahren – zugleich ein Ansatz zur besseren Bewältigung der Anforderungen des § 43 SGB VI“ in *Die Sozialgerichtsbarkeit* 2002, Seite 529 ff.

⁸⁷ Die Rehabilitation 2000, 242, Teil 1 Nr. 5.

„Die sozialmedizinischen Gutachten sollten inhaltlich so gestaltet sein, dass sie auch bei der Prüfung der Voraussetzungen anderer Sozialleistungen durch andere Sozialleistungsträger verwendet werden können.“

„Die sozialmedizinischen Gutachten sollten neben einer berufs- und arbeitsplatzbezogenen Anamnese u.a. Aussagen darüber enthalten, welche Belastbarkeiten und welche Leistungs- und Funktionseinschränkungen vorliegen....“.

„Dazu zählt auch eine Aussage, inwieweit die zuletzt ausgeübte Beschäftigung bzw. berufliche Tätigkeit nach einer Rehabilitationsleistung voraussichtlich wieder voll oder zu einem wesentlichen Teil aufgenommen werden kann.“

Nach § 14 Abs. 5 Satz 5 SGB IX muss das Gutachten umfassend sein. Das bedeutet nicht, dass der Gutachter alle Klärungen selbst vornehmen muss; er kann auch Nebengutachter (z.B. zur Durchführung spezieller Assessmentverfahren zur Testung der Leistungsfähigkeit) beiziehen, soweit er selbst nicht über ausreichende Fachkunde verfügt.

Soweit das Gutachten den vorgenannten Anforderungen – aus welchen Gründen auch immer (z.B. weil der behinderte Mensch eine Begutachtung in Bezug auf Leistungen zur Teilhabe nicht möchte) – nicht entspricht, müssen die Lücken deutlich gemacht werden und die Gründe hierfür angegeben werden. Hierdurch wird zumindest eine Transparenz geschaffen, die es allen beteiligten Akteuren ermöglicht, erforderlichenfalls eine Ergänzung einzufordern.

3.2.10 These 10

Der behinderte Mensch ist in jeder Phase der Begutachtung zu beteiligen; ihm sind Alternativen aufzuzeigen.

Ein wichtiger Punkt ist die Sachverständigenwahl. § 14 Abs. 5 Satz 3 SGB IX verpflichtet die Träger, immer dann, wenn (auch) Leistungen zur Teilhabe zu prüfen sind, dem behinderten Menschen drei Sachverständige zur Auswahl zu nennen. Die Träger sind indes dadurch nicht gehindert, Stellungnahmen nach Aktenlage von ihrem ärztlichen Dienst oder Dritten einzuholen. Aufforderungen zu einer Begutachtung, bei der ohne ausreichende Begründung das Wahlrecht nicht gewährleistet wird, braucht der Betroffene nicht zu folgen.

Gutachten, die ohne vorherige Auswahlmöglichkeit erstellt wurden, sind im Gerichtsverfahren nur mit Zustimmung des Betroffenen verwertbar.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die eingehende Erörterung und Abstimmung aller Maßnahmen mit dem behinderten Menschen. Dies ist nicht nur eine Voraussetzung des Rehabilitationserfolges, sondern durch die Achtung der Persönlichkeit des behinderten Menschen geboten. Der Umgang mit dem behinderten Menschen muss immer ein Dialog sein.

3.2.11 These 11

Sofern der mit einem Verfahren befasste Träger für einen Teil der erforderlichen Leistungen zur Teilhabe nicht zuständig ist, trifft ihn die Pflicht zur Einschaltung der anderen Träger und Koordinierung der Leistungen.

Das SGB IX kennt nicht mehr den Begriff des Gesamtplans (früher § 5 Abs. 3 RehaAnglG). Er befindet sich nur noch in § 46 BSHG⁸⁸. Das hat zur Folge, dass bei Beteiligung des Sozialhilfeträgers immer noch ein solcher Plan zu erstellen ist.

⁸⁸ Ab 01.01.05 siehe §58 SGB XII.

Im Übrigen trifft nunmehr den nach § 14 SGB IX zunächst leistungspflichtigen Rehabilitationsträger die Verantwortung für eine Koordinierung der notwendigen Leistungen (§§ 10 und 11 SGB IX). Dabei kommt es vor allem auf ein zügiges Ineinandergreifen der Leistungen an. Es muss also letztlich auch ein Plan erstellt werden, welche Leistungen erforderlich sind und wie sie so verzahnt werden können, dass sie in kürzestmöglicher Frist zum gewünschten Erfolg führen.

Nach umfassender Abklärung des Bedarfs ist zunächst mit dem behinderten Menschen abzustimmen, welche Ziele verfolgt werden sollen und wie zu verfahren ist. Insbesondere ist zu klären, ob Anträge bei den anderen zuständigen Trägern gestellt werden sollen, oder ob zunächst nur die Ergebnisse der Begutachtung übersandt werden sollen, um einen Dialog mit diesem Träger einzuleiten. Dieser ist dann jedenfalls verpflichtet, von Amts wegen auf den behinderten Menschen zuzugehen und ihm Angebote zu machen. Der zunächst zuständige Träger, bei dem der erste Antrag gestellt wurde, trägt trotzdem aber nach § 10 Abs. 1 SGB IX die Verantwortung für die Koordinierung und das schließt ein Einwirken auf den anderen Träger ein, die Leistungen zu erbringen, die zur Zielerreichung erforderlich sind.

3.2.12 These 12

Der zuständige Träger muss unter Einbindung anderer Träger (insbes. Arbeitsämter) und der Akteure (Ärzte, Kliniken, Berufshelfer) eine kontinuierliche Steuerung des Prozesses mit Rückmeldungen sicherstellen, die Verzahnung und Konzentration garantiert.

Die Erbringung sachgerechter und umfassender Leistungen zur Teilhabe ist ein vielschichtiger Prozess. Er setzt sich u. U. zusammen aus verschiedenen ineinandergreifenden medizinischen Maßnahmen, verschiedenen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und den in §§ 55 ff. SGB IX genannten Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Bedacht werden muss zugleich, welche Maßnahmen zur Prävention einzuleiten sind. Das Ziel ist

- den Bedarf in vollem Umfang zu erkennen
- die Erbringung zu koordinieren und
- zeitlich optimal zu verzahnen.

Leider ist der Bereich der Fallsteuerung ein Feld, das von Unübersichtlichkeit und Lücken geprägt ist. Es gibt vielfältige Versuche – vor allem in und mit Großunternehmen, Kliniken und Fachverbänden aber auch bei Trägern – wobei jedoch selbst Fachleute keinen Überblick haben. Große Unsicherheit besteht im Bereich von Klein- und Mittelbetrieben sowie bei Antragstellern ohne Betriebsbindung.

Das Gesetz gibt in den §§ 10 und 11 SGB IX die Auskunft, dass der zuständige Leistungsträger für die Steuerung des Ablaufs trägerübergreifend verantwortlich ist. Damit wird aber nur ein Rahmen geschaffen, der ausgefüllt werden muss und zwar durch Einbindung aller Akteure insbesondere auch des behinderten Menschen selbst; denn der Sachbearbeiter kann weder fachlich noch von seinen Arbeitskapazitäten her (dies gilt besonders für die Rentenversicherung) diese Aufgabe in vollem Umfang bewältigen. Die Träger müssen deshalb vor allem den für Teilhabeleistungen zuständigen Bearbeitern Arbeitsleitlinien an die Hand geben, wie Dritte einzubinden sind und erforderlichenfalls dafür auch Mittel vorsehen. Der Sachbearbeiter muss sich Gedanken machen, wie und durch wen in der jeweiligen Lage des Verfahrens die Steuerung erfolgen muss und soll und wie dabei der behinderte Mensch einzubinden ist.

Dies kann in Fällen medizinischer Rehabilitation die Klinik sein, wenn sie den Auftrag erhält, für eine nahtlose Verzahnung verschiedener medizinischer Maßnahmen zu sorgen. Kliniken können auch die Verzahnung mit beruflicher Rehabilitation vorantreiben, den Rehabilitanden

beraten, ihn befragen und Kontakte mit Arbeitgebern, Betriebsärzten und Hausärzten aufnehmen oder anregen. Dafür gibt es schon zahlreiche bewährte Konzepte.

Das im Rahmen der Bearbeitung Entscheidende ist, dass der Bearbeiter dies erkennt und die Klinik in der gebotenen Weise einschaltet, wo dies möglich ist. (Die Träger müssen dazu in ihren Kliniken solche Abläufe sicherstellen und bei Belegung anderer Häuser entsprechende Verträge schließen.)

Auch die Einschaltung der Bundesanstalt für Arbeit (§ 11 Abs. 1 Satz 2 SGB IX), von Integrationsfachdiensten (§ 109 Abs. 4 SGB IX), Berufshelfern und Sozialarbeitern gehört in ein Steuerungskonzept.

Die Rolle des Sachbearbeiters ist es in jeder Phase für

- zeitliche Straffung
- Rückmeldung und Dokumentation
- flexible Einschaltung der Akteure und Verlagerung der Steuerungsaufgaben

zu sorgen. Dazu gehört – wie oben schon dargelegt – bereits eine intensive Vorbereitung des Verfahrens und der Begutachtung.

In den Fällen des § 10 SGB IX ist das Verfahren mit den beteiligten Trägern abzustimmen.

Auch die Gemeinsamen Servicestellen können die Aufgabe der Koordination übernehmen. Ihre trägerübergreifende Ausrichtung und Anbindung bieten die besten Voraussetzungen für das Zustandekommen einer funktionierenden Koordination und Kooperation (s. dazu § 22 Abs.1 Satz 2 Nr. 8 SGB IX).

Die Gemeinsamen Servicestellen müssen sich in dieser Weise einschalten, wenn der Versicherte sich in Bezug auf Leistungen zur Teilhabe an sie wendet. Es ist also den Versicherten zu empfehlen, von sich aus verstärkt zur Bewältigung von Problemen auch im laufenden Verfahren auf die Gemeinsame Servicestelle zuzugehen. Dies setzt jedoch von Seiten der Rehabilitationsträger zunächst eine entsprechende Aufklärung (§ 13 SGB I) und Öffentlichkeitsarbeit über das neue Angebot voraus.

3.2.13 These 13

Auch während des Leistungsbezuges muss eine Überprüfung erfolgen, ob Leistungen zur Teilhabe die Erwerbsfähigkeit wiederherstellen, verbessern oder Verschlechterungen verhindern könnten, soweit dies nach Lage des Falles nicht fernliegend ist.

Der Steuerungsauftrag reißt auch während eines Leistungsbezuges nicht ab. § 8 Abs. 2 Satz 2 SGB IX bringt den Vorrang der Leistungen zur Teilhabe auch während eines Rentenbezuges zum Ausdruck. Daraus folgt die Pflicht, die Möglichkeiten, durch Leistungen zur Teilhabe auf den Zustand des Antragstellers Einfluss zu nehmen, laufend zu überwachen. Richtigerweise gilt das aber nicht nur bei Renten, sondern z.B. auch während des Krankengeldbezuges (§ 51 SGB V) oder des Bezuges von Arbeitslosengeld. – Zurzeit werden bei Leistungsbezug die Antragsteller oft zu lange in dem Status belassen, in dem sie sich befinden, statt auf die Wiederherstellung verlorener Erwerbsmöglichkeiten Einfluss zu nehmen.

3.3 Akteure und Aufgaben

In diesem Kapitel sollen die verschiedenen Akteure und ihre Aufgaben vorgestellt und so insbesondere auch die Anforderungen an die Mitarbeiter der Rentenversicherungsträger beschrieben werden.

Wir betrachten folgende Akteure:

3.3.1 Versicherter

3.3.2 Arbeitgeber

3.3.3 Interessenvertretung

3.3.4 Schwerbehindertenvertretung

3.3.5 Hausarzt und andere behandelnde Ärzte

3.3.6 Gemeinsame Servicestellen

3.3.7 Verantwortliche Bearbeiter bei der Rentenversicherung

3.3.7.1 Rentensachbearbeiter

3.3.7.2 Reha-Sachbearbeiter

3.3.7.3 Jurist

3.3.7.4 Arzt als Gutachter

3.3.8 Sonstige rentenantragaufnehmende Stellen

3.3.9 Andere Rehabilitationsträger

3.3.1 Versicherter

Die Rechte des behinderten Versicherten haben sich mit Einführung des SGB IX deutlich verbessert. Nutzen kann der Versicherte diese Rechte jedoch nur, wenn er hierüber auch zu Beginn des Verfahrens informiert wird.

3.3.1.1 Rechte des Versicherten

3.3.1.1.1 Selbstbestimmung (§§ 1 und 9 SGB IX, Art 2 GG; dazu oben Thesen 1 und 9)

Durch das SGB IX ist dem behinderten Menschen ein Recht auf Selbststeuerung des Verfahrens zur Erbringung von Leistungen zur Teilhabe zugesprochen worden. Dieses Recht bezieht sich auf das Verfahren und auf die Leistung selbst (siehe Begründung zu These 1). Leistungen, Dienste und Einrichtungen sollen dem behinderten Menschen möglichst viel Raum zur eigenverantwortlichen Gestaltung ihrer Lebensumstände lassen.

Besonders hervorzuheben ist, dass diese Rechte auch dort gelten, wo das SGB sog. „Mitwirkungspflichten“ vorsieht (§§ 60 ff. SGB I). Es handelt sich dabei nicht um echte Pflichten, sondern um Obliegenheiten, bei deren Verletzung gewisse Folgen hingenommen werden müssen; bei Festlegung dieser Folgen hat der Träger aber Ermessen walten zu lassen (§§ 66 und 67 SGB I). Z.B. ist zu prüfen, ob nicht andere Möglichkeiten gegeben sind und ausreichen. Dazu gehört:

Selbstbestimmung über die Antragstellung

Rentenversicherungsträger sind zwar gehalten, den Bedarf an Leistungen zur Teilhabe von Amts wegen aufzuspüren, sobald aber ein solcher Bedarf deutlich wird, müssen sie den Versicherten in das Verfahren und die Entscheidung über das Verfahren einbeziehen. Dies geschieht dadurch, dass der Versicherte um Zustimmung angefragt wird. Die Zustimmung des

Versicherten gilt dann als Antrag (§ 115 Abs. 4 Satz 2 SGB VI). Einschränkungen ergeben sich aus den Obliegenheiten in §§ 51 SGB V, 125 Abs. 2 und 42 Abs. 1 Satz 2 SGB III.

Selbstbestimmung über den Verfahrensumfang

Trotz § 8 Abs. 1 SGB IX ist jede Verfahrenshandlung, die nicht durch den Antrag gedeckt ist, vom Einverständnis des behinderten Versicherten abhängig.

Selbstbestimmung über Ermittlungen bei Dritten

Der Versicherte kann grundsätzlich selbst darüber bestimmen, ob der Rentenversicherungsträger Ermittlungen einholt bei: Arbeitgeber, Familie, Kliniken, Ärzten und anderen Trägern. Dies ergibt sich aus Artikel 2 GG. Die Ausformung der Selbstbestimmung über den Datenschutz bei Erhebung, Verarbeitung und Weitergabe von persönlichen Daten findet sich in §§ 67 ff. SGB X. Zu bedenken ist aber, dass der Versicherte die Umstände beweisen muss, die seinem Anspruch zugrunde liegen, und im Rahmen der §§ 60 ff. SGB I zur Mitwirkung verpflichtet ist.

Selbstbestimmung über die Auswahl des Gutachters

Nach § 14 Abs. 5 Satz 3 SGB IX hat der Versicherte in Verfahren über Leistungen zur Teilhabe ein Wahlrecht in Bezug auf den ihn zu begutachtenden Arzt. Dem Versicherten sind hiernach drei Gutachter zu benennen und der Versicherte kann sich von diesen drei Gutachtern einen auswählen, der dann mit der Begutachtung beauftragt wird. Zu klären ist, inwieweit dieses Verfahren auch in Rentenverfahren einzuhalten ist.

Klar ist auch, dass eine solche Verpflichtung nicht besteht, wenn der EM-Antragsteller die trägerumfassende Prüfung nach § 8 SGB IX auf Leistungen zur Teilhabe im Rentenverfahren abgelehnt hat oder diese eindeutig nicht in Betracht kommen.

Zu klären ist noch die Rechtsfrage, ob drei Gutachter im Rentenverfahren benannt werden müssen, wenn die Gutachten sich auch auf die Prüfung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe zu erstrecken haben.

In den Fällen, in denen eine Verpflichtung zur Benennung von drei Sachverständigen besteht, muss der Antragsteller nicht zur Untersuchung erscheinen, wenn ihm dieses Recht nicht gewährt wurde. Außerdem ist eine ohne Auswahlmöglichkeit vorgenommene Begutachtung im Verfahren nur mit Zustimmung des Betroffenen zu verwerten.

Selbstbestimmung über den Umfang der Begutachtung

Rentanträge eröffnen ohne weiteres nur die Feststellung der Erwerbsminderung und deren Prognose. Vorrangige Erbringung von Leistungen zur Teilhabe (§ 8 Abs. 2 SGB IX) und ihre Prüfung im Zusammenhang mit Verfahren wegen Behinderungen (§ 8 Abs. 1 SGB IX) sind Verpflichtungen der Träger, nicht aber des behinderten Menschen. Ihm obliegen nur im Rahmen von § 60 ff. SGB I die so genannten Mitwirkungspflichten. Es gibt auch keinen unmittelbaren materiellen Vorrang der Leistungen zur Teilhabe vor der Rente mehr; die Rente und das Übergangsgeld werden lediglich in gewissem Umfang aufeinander angerechnet (§ 96 a Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 und 4 SGB VI i. V. m. § 18 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB IV und § 52 Abs. 1 Nr. 5 SGB IX). Deshalb bedarf es zur Prüfung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe einer weiteren Entscheidung des Betroffenen (Antrag, Zustimmung). Zeichnet sich ab, dass neben dem Rentenverfahren die Erbringung von Leistungen zur Teilhabe in Betracht kommt, so hängt die Ausdehnung der Begutachtung auf diese Fragen von dem Einverständ-

nis des behinderten Menschen ab; die Verpflichtung zu umfassender Begutachtung in § 14 Abs. 5 Satz 5 SGB IX richtet sich an den Träger, sie verpflichtet nicht den Betroffenen.

Selbstbestimmung über die Art der Leistung

§ 9 SGB IX legt fest, dass bei der Leistungserbringung berechtigten Wünschen des Leistungsberechtigten Rechnung zu tragen ist. Für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist dies in §§ 4 Abs. 1 Nr. 3 und 33 Abs. 4 SGB IX besonders herausgestellt worden. Zudem bieten die §§ 9 Abs. 2 und 17 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX weitere Alternativen über die der behinderte Mensch mit zu befinden hat. Darüber hinaus schließt die Zustimmungsbedürftigkeit der Leistungen zur Teilhabe ein, dass der behinderte Mensch im Rahmen der gesetzlichen Grenzen auch ein Auswahlrecht hat (s. z.B. § 31 Abs. 3 u. 4 SGB IX). Die sachgerechte Wahrnehmung dieses Rechts setzt intensive Beratung voraus.

Selbstbestimmung über den Ort der Leistungserbringung

Im Rahmen der Möglichkeiten und Kapazitäten erstreckt sich das Selbstbestimmungsrecht auch auf den Ort der Leistung. Dieser kann sehr entscheidend sein für den Erfolg und die Vermeidung unzuträglicher Begleitumstände. Deshalb wird auch der Ort der Leistung von den Wahlrechten nach § 9 SGB IX umfasst. Die Erbringung von Leistungen im Ausland richtet sich nach den einzelnen Leistungsgesetzen; im SGB IX nach § 18. Danach können Leistungen auch im Ausland gewährt werden, soweit dies wirtschaftlich und vom Zweck her vertretbar ist.

Selbstbestimmung bei der Durchführung der Leistungen

In § 9 Abs. 3 SGB IX wird hervorgehoben, dass Leistungen, Dienste und Einrichtungen dem behinderten Menschen Raum zur eigenverantwortlichen Gestaltung der Lebensumstände zu lassen und die Selbstbestimmung zu fördern haben. Deshalb ist auch die Leistungserbringung ein Dialog, in dem das Selbstbestimmungsrecht dominiert. Hierher gehört auch das Recht über internatsmäßige Unterbringung oder Pendeln vom Wohnsitz aus zu entscheiden.⁸⁹

Selbstbestimmung bei Leistungen zur Prävention

Im Zusammenhang mit der Verpflichtung der Träger präventiv tätig zu sein (§ 3 SGB IX) ist ein Selbstbestimmungsrecht nicht ausdrücklich erwähnt. § 3 SGB IX ist aber in das Gesamtkonzept des SGB IX eingebunden. Dies ist auch nicht anders möglich, da die Übergänge zwischen Prävention und Leistungen zur Teilhabe für von Behinderung bedrohte Personen fließend sind.

3.3.1.1.2 Beratung, Unterstützung und Förderung bei der Entwicklung eines persönlichen Konzepts zur Überwindung von Schwierigkeiten

Anspruch auf barrierefreien Zugang

Dieser Anspruch bezieht sich einerseits auf räumliche, örtliche und bauliche Gestaltung des Zugangs zu Beratung, Begutachtung und Leistung⁹⁰. Eingeschlossen ist auch die Organisation der Behörde und des Verfahrensablaufs; der behinderte Mensch hat Anspruch darauf,

⁸⁹ BSG 25.03.2003 – B 7 AL 8/02 R.

⁹⁰ siehe hierzu § 17 Abs. 1 Nr. 4 SGB I, neuerdings deutlich für bauliche Gestaltung: Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen (BGG) vom 27.04.2002, BGBl I, 1464 ff.

dass ihm nicht unnötige Wege und Mehrfachvorsprachen zugemutet werden⁹¹. Andererseits wird von diesem Anspruch auch die Gestaltung des Schriftverkehrs insbesondere die Vordrucke umfasst.⁹² Sehr bedeutsam ist schließlich auch die Sicherung der Kommunikation bei behinderungsbedingten oder herkunftsbedingten Verständigungsschwierigkeiten (§ 17 Abs. 2 SGB I, § 14 Abs. 5 Satz 1 SGB IX), sowie behinderten Menschen, die auf die Gebärdensprache angewiesen sind (§§ 6 und 9 BBG). Zur Gestaltung des Internets siehe § 11 BBG.

Anspruch auf Information und allgemeine Beratung

Neben der allgemeinen Verpflichtung der Träger zur Information der Öffentlichkeit (§ 13 SGB I) tritt die Verpflichtung dem behinderten Menschen bei der Vorinformation über mögliche Problemlösungen behilflich zu sein. Zu erwähnen ist hier die Auskunftspflichtung insbesondere der Träger der Krankenversicherung und Pflegeversicherung (§ 15 SGB I). Einen besonderen Auftrag hierzu haben auch die Gemeinsamen Servicestellen (§§ 22 ff. SGB IX). Sie haben umfassend zu informieren, auch wenn der behinderte Mensch sich zunächst noch nicht auf einen Antrag festlegen will oder ein weiterer Antrag neben dem eigentlichen Rentenantrag in Betracht kommt. Sehr wichtig ist dabei die Beratung über den zuständigen Träger (§ 22 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX).

Die Information durch Träger und Gemeinsame Servicestellen muss auch sonstige Wege zur individuellen Beratung und Unterstützung aufzeigen (z.B. Behindertenverbände und Selbsthilfegruppen).

Anspruch auf Information über Beratungs- und Unterstützungspflichten Dritter

Hier ist besonders ein Hinweis auf die Pflichten der Ärzte herauszustellen (§ 5 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 92 Abs. 8 SGB V in der Fassung vom 16.03.04, in Kraft getreten am 01.04.04 – siehe: <http://www.sgb-ix-umsetzen.de/index.php/nav/tpc/aid/368> –).

Zu nennen ist ferner ein Anspruch auf Hinweise auf arbeitsrechtliche Lösungswege, insbesondere das Verfahren nach § 84 SGB IX. Auch Hinweise auf Behindertenverbände und Selbsthilfegruppen können im Einzelfall erforderlich sein.

Anspruch auf Antragsberatung

Der behinderte Mensch hat bei Antragstellung oder danach Anspruch auf eingehende Beratung über die richtige (§ 16 SGB I) und die für ihn sinnvolle Gestaltung des Antrags. Die Antragsberatung erhält durch die Pflicht zur umfassenden und trägerübergreifenden Prüfung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe eine neue Dimension; sie muss immer unter dem Blickwinkel dieses Auftrags erfolgen und eine möglichst reibungslose Durchführung und Koordination verschiedener Leistungen vorbereiten. Um dies sicherzustellen wurde in Form der Gemeinsamen Servicestelle eine kompetente trägerübergreifende Anlauf- und Betreuungsstelle geschaffen (§ 22 Abs. 1 SGB IX).

Anspruch auf Leistungserbringung von Amts wegen nach sachgerechtem Ermessen

Gemäß § 115 Abs. 4 SGB VI können die Rentenversicherungsträger Leistungen auch von Amts wegen erbringen, wenn der Versicherte zustimmt. Dies ist eine Alternative zur Antragstellung, die sich meist zur Antragsergänzung oder –ausweitung anbietet.

⁹¹ Gutes Beispiel : Initiative der westfälischen Versorgungsämter zur Feststellung der Behinderung und des Grades der Behinderung an nur einem Tag.

⁹² siehe hierzu § 17 Abs.1 Nr. 3 SGB I, § 10 BBG; zum „Prinzip der Verständlichkeit“ ausführlich mit Hinweisen auf die BSG-Rechtsprechung Gagel, SGB III, Kommentar, Vor § 323 Rz. 29 ff).

Anspruch auf Offenlegung der anstehenden Verfahrensschritte

Das Selbstbestimmungsrecht des behinderten Menschen umfasst auch das Verfahren. Grundlage für die Ausübung dieses Rechts ist, dass ihm in jeder Phase des Verfahrens die nächsten Schritte und deren Bedeutung erläutert werden. Das betrifft besonders beabsichtigte Begutachtungen oder Einholung von Auskünften, wozu bei sensibleren Fragen auch die Verständigung über Gestaltung und Wortlaut gehört.

Akteneinsichtsrecht

Das Recht auf Akteneinsicht ergibt sich im konkreten Verwaltungsverfahren für die am Verfahren Beteiligten aus § 25 SGB X.

Wie schaut es aber mit dem Akteneinsichtsrecht außerhalb von Verwaltungsverfahren aus und in den Fällen, in denen der Beteiligte selbst nicht geschäftsfähig ist? Hier hilft nur Artikel 2 Grundgesetz weiter, der das Selbstbestimmungsrecht einer Person schützt. Zum Selbstbestimmungsrecht gehört natürlich auch die Mitbestimmung über die Akten, die sich mit der eigenen Person befassen.

Anspruch auf zügige Verfahrensbearbeitung

Sozialleistungsträger sind generell verpflichtet, die Verfahren zügig abzuwickeln (§ 17 Abs. 1 Nr. 1 SGB I). Das SGB IX gibt diesem Beschleunigungsprinzip in § 14 SGB IX noch besonderen Nachdruck in Bezug auf Zuständigkeitsklärung, Begutachtung und Entscheidung.

Anspruch auf Wahrung des Datenschutzes

In den §§ 67 ff. SGB X ist der sozialrechtliche Datenschutz bei Erhebung, Verarbeitung, Nutzung und Weitergabe von Daten geregelt.

Schon die Datenerhebung muss sich auf Daten beschränken, die unbedingt für die Erbringung der beantragten Leistung erforderlich sind. Das ist bei umfassender Prüfung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe ein Problem. Dieses Problem kann – bezogen auf die Feststellung, ob überhaupt ein Bedarf an Leistungen zur Teilhabe in Betracht kommt – dadurch entkräftet werden, dass bei den entsprechenden Fragen die Freiwilligkeit der Angaben und der Grund der Erhebung deutlich herausgestellt wird. Bezogen auf die dann eventuell zu erfolgende weitere Prüfung eines Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe entfällt das Problem auf Grund der notwendigen Zustimmung des Versicherten, die einem Antrag gleichgestellt wird.

Anspruch auf Einleitung eines Verfahrens zur umfassenden Klärung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe neben dem Verfahren über die beantragten Leistungen

§ 8 Abs. 1 SGB IX verlangt von den Trägern in allen Verfahren, die mit Behinderungen zu tun haben, die trägerübergreifende umfassende Prüfung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe. Daraus folgt ein Anspruch des behinderten Menschen auf Einleitung eines solchen Verfahrens. Der Träger muss also auf den behinderten Menschen zugehen, ihm den Auftrag verdeutlichen und Einverständnis über das weitere Vorgehen herstellen.

Anspruch auf Benachrichtigung von den Ermittlungsergebnissen und deren Erörterung

Der behinderte Mensch hat Anspruch darauf, dass er über die Ergebnisse von Gutachten, Anfragen und sonstigen Ermittlungsschritten benachrichtigt wird. Nur so kann er sein Selbstbestimmungsrecht über den Fortgang des Verfahrens und die weiteren Schritte ausüben.

Regelmäßig gehört zu einer solchen Benachrichtigung auch die Mitteilung des Wortlauts des betreffenden Schriftstücks.

Anspruch auf Erörterung der Bedeutung des Ermittlungsergebnisses und Beratung über den weiteren Weg

Da der Betroffene oft nicht in der Lage ist, die Ermittlungsergebnisse zu deuten oder deren Bedeutung einzuschätzen, hat er einen Anspruch auf eingehende Erläuterung; dazu gehört auch die Beratung über sich daraus ergebende Möglichkeiten. Nur so kann er eigenverantwortlich entscheiden.⁹³ So sind ihm insbesondere die Bedürfnisse und Möglichkeiten für Leistungen zur Teilhabe zu erläutern, die sich aus der Begutachtung ergeben. Es ist schließlich im Hinblick auf die Wunsch- und Wahlrechte auch hierauf hinzuweisen und es sind die damit zusammenhängenden Lebensumstände abzuklären.

Anspruch auf Beratung über mögliche und zweckmäßige Möglichkeiten und Leistungen zur Prävention

Hier gilt das Gleiche, wie für Leistungen zur Teilhabe.

Anspruch auf zügiges Weiterbetreiben des Verfahrens nach Maßgabe der Ermittlungsergebnisse und deren Erörterung mit dem behinderten Menschen

Auf die Beschleunigungspflicht wurde schon hingewiesen. Hier soll noch einmal hervorgehoben werden, dass der Träger grundsätzlich nach Klärung des Weges die nächsten Schritte ohne weiteres von Amts wegen einzuleiten hat.

Anspruch auf Einschaltung anderer Träger soweit die eigene Zuständigkeit nicht gegeben ist

Soweit die Prüfung oder die Begutachtung ergeben, dass der Träger für den über den Antrag hinausgehenden Bedarf an Leistungen zur Teilhabe ganz oder teilweise nicht zuständig ist, hat der behinderte Mensch Anspruch darauf, dass der Träger von Amts wegen die Einschaltung der anderen Träger mit ihm erörtert und, soweit er einverstanden ist, die anderen Träger einschaltet.

Anspruch auf Koordinierung oder Vernetzung verschiedener Leistungen zur Teilhabe

§ 11 SGB IX fordert die enge Verzahnung von medizinischen Leistungen und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Im Interesse einer Beschleunigung und auch einer größeren Wirksamkeit ist dafür zu sorgen, dass die Leistungen nahtlos ineinander greifen. § 10 SGB IX weist dem zuständigen Träger die Aufgabe der Koordinierung zu, soweit gleichzeitig Leistungen anderer Träger in Betracht kommen. Er hat die Verpflichtung, das gesamte Leistungsgeschehen mit den anderen Träger zu verhandeln und das Ineinandergreifen zu regeln. Hierauf hat der behinderte Mensch einen Anspruch.

Anspruch auf zeitgemäße Leistungserbringung

Nach § 17 Abs. 1 Nr. 1 SGB I hat der behinderte Mensch Anspruch auf eine dem Stand der Wissenschaft und Technik entsprechende möglichst wirksame Leistung. Das schließt zwar eine Abwägung von Kosten und Nutzen nicht aus, gilt aber als Grundprinzip durchgängig.

Anspruch auf wunschgerechte Leistungserbringung

⁹³ BSG SozR 4100 § 44 Nr. 9 S. 29; s. auch SozR 1200 § 14 Nr. 11.

Die Wunsch- und Wahlrechte, die das SGB IX dem behinderten Menschen eröffnet, haben den Anspruch zur Folge, dass den Vorstellungen des Betroffenen gefolgt wird, soweit sie „berechtigt“ sind (§ 9 Abs. 1 SGB IX). Hierzu gehört auch die Entscheidung für eine Geldleistung statt einer Sachleistung (§ 9 Abs. 2 SGB IX).

Anspruch auf Selbstbeschaffung der Leistung

Ein solcher Anspruch besteht bei Verzögerungen mit den Voraussetzungen von § 15 Abs. 1 SGB IX oder auch, wenn der Träger nicht oder nicht zeitgerecht die Leistungen zur Verfügung stellen kann.

§ 17 SGB IX sieht auch die Möglichkeit einer Budgetierung vor.

3.3.1.2 Obliegenheiten⁹⁴ (sog. „Mitwirkungspflichten“) des Versicherten

Die Obliegenheiten eines Antragstellers auf Sozialleistungen sind generell in den §§ 60 ff. SGB I geregelt; sie werden ergänzt durch Obliegenheiten nach Vorschriften der einzelnen Leistungsgesetze. Sie sind stets abzuwägen mit dem durch das SGB IX gestärkten Selbstbestimmungsrecht des behinderten Menschen.

Die Folgen unterlassener Mitwirkung, die sich aus den §§ 66, 67 SGB I ergeben, gelten nur bei Verletzung der in den §§ 60 ff. SGB I aufgeführten Obliegenheiten.⁹⁵

Spezielle Mitwirkungsanforderungen der einzelnen Leistungsgesetze, die sich nicht mit Anforderungen der §§ 60 ff. SGB I decken, unterliegen nur Sanktionen, wenn die Leistungsgesetze dies besonders vorsehen.

Neben den gesetzlich geregelten Mitwirkungsobliegenheiten gibt es Anforderungen, denen der Betroffene im eigenen Interesse gerecht werden sollte, die aber nicht mit Sanktionen ausgestattet sind. Dies gilt z.B. für die Beschleunigung des Verfahrens durch sorgfältige Ausfüllung des Antrags oder zügige Beantwortung von Anfragen des Trägers.

Das Besondere an den Sanktionen nach § 66 SGB I liegt darin, dass sie im Ermessen des jeweiligen Trägers liegen. Der Träger kann also berücksichtigen, dass es z.B. noch andere Möglichkeiten gibt, eine erforderliche Tatsache zu ermitteln, oder auch, dass die Obliegenheitsverletzung möglicherweise von der Behinderung beeinflusst ist. Das Gleiche gilt für die Aufhebung der Sanktion nach § 67 SGB I.

Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass Mitwirkungsobliegenheiten immer nur in den Grenzen von § 65 SGB I bestehen: Unverhältnismäßigkeit, Unzumutbarkeit, leichtere Machbarkeit für den Träger. Zudem führt das gestärkte Selbstbestimmungsrecht des behinderten Menschen zu einer anderen Abwägung bei der Bestimmung der Obliegenheiten. Mitwirkungspflichten entfallen auch bei Rechtswidrigkeit der Aufforderung zur Mitwirkung.

3.3.1.2.1 Obliegenheiten zur Mitwirkung am Verfahrensablauf

Kontaktaufnahme mit dem Träger oder der Gemeinsamen Servicestelle

Es ist im Regelfall zunächst einmal Sache des Versicherten, den Kontakt mit einer Beratungsstelle oder dem Träger herzustellen.

Wenn einem Rehabilitationsträger oder sonst einer Behörde aber ein Fall bekannt wird, der voraussichtlich einen Renten- oder Rehabilitationsanspruch hat, sich auf Grund seiner ge-

⁹⁴ Zum Unterschied zwischen Pflichten und Obliegenheiten: die Erfüllung von Pflichten kann gerichtlich erzwungen werden, während die Verletzung von Obliegenheiten lediglich die Rechtsposition verschlechtert (z.B. des Versicherten im Rahmen eines EM-Verfahrens).

⁹⁵ BSG 22.10.1987 – 12 RK 49/86 – SozR 1300 § 21 Nr. 3 S. 9; BSG 18.05.1983 – 12 RK 67/82 – SozR 5070 § 10 Nr. 23; BSG 20.03.1980 – 7 Rar 21/79 – SozR 4100 § 132 Nr. 1 S. 6; Kassler Kommentar-Seewald § 66 SGB I Rz. 5

sundheitlichen Situation aber offensichtlich nicht um dessen Realisierung kümmern kann, so hat diejenige Stelle, bei der dieser Versicherte vorspricht, sich um eine Unterstützung des Versicherten zu kümmern.

Vom vorgenannten Ausnahmefall abgesehen, wird der Versicherte keine Leistungen erhalten, wenn er nicht tätig wird.

Formulierung der Bedarfslage und / oder des Anliegens

Der Versicherte muss zunächst einmal deutlich machen, dass er ein Problem hat, für das er Hilfe benötigt. Es genügt die vage Bezeichnung des Anliegens; alles andere ist Sache der Antragsberatung.

Der Rentenversicherungsträger kann nicht tätig werden, solange der Versicherte dieser Obliegenheit nicht nachkommt.

Ausfüllung der Vordrucke des Trägers

Soll-Verpflichtung; siehe § 60 Satz 2 SGB I. Wegen der Schwierigkeiten im Umgang mit den Formularen besteht aber ein Beratungsanspruch. Eine Sanktion nach § 66 Abs. 1 SGB I kommt nur ausnahmsweise in Betracht, wenn der Antragsteller sich überhaupt nicht bemüht, den Anforderungen zu genügen. Danach kann ein Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind.

Angabe der Tatsachen, die für die Leistung erheblich sind

Siehe § 60 Abs. 1 Nr. 1 SGB I. Diese Verpflichtung ist selbstverständliche Grundlage für die Durchführung und für die Beschleunigung des Verfahrens. Es geht dabei nicht nur um die Tatsachen, die nur der Betroffene selbst mitteilen kann, sondern auch um weitere Tatsachen, wenn die Mitteilungen das Verfahren erleichtern und beschleunigen. Wenn der Versicherte hier gegen seine Obliegenheit verstößt, trifft ihn die Rechtsfolge des § 66 Abs. 1 SGB I. § 65 SGB I, der die Grenzen der Mitwirkung beschreibt.

Bezeichnung von Beweismitteln

Siehe § 60 Abs. 1 Nr. 3 SGB I. Es geht hier vor allem um die Benennung von Personen, die Auskunft geben oder als Zeugen gehört werden können, wie Ärzte, Arbeitgeber und Familienmitglieder (Rechtsfolgen s. o.).

Vorlage von Beweisurkunden

Siehe § 60 Abs. 1 Nr. 3 SGB I. In Betracht kommt die Vorlage von Gutachten und Bescheinigungen oder sonstigen Unterlagen, die für das Verfahren wichtig sein können (Rechtsfolgen s. o.).

Zustimmung zur Vorlage von Beweisurkunden durch Dritte

Siehe § 60 Abs. 1 Nr. 3 SGB I. Schwerpunkt ist hier die Zustimmung zur Beiziehung von Behandlungsunterlagen der behandelnden Ärzte, Kliniken und Reha-Einrichtungen (Rechtsfolgen s. o.).

Zustimmung zur Einholung von Auskünften bei Dritten

Siehe § 60 Abs.1 Nr. 1 SGB I. Es geht vornehmlich um Auskünfte bei Arbeitgebern und Ärzten, aber auch von Behörden und sonstigen Stellen (Rechtsfolgen s. o.).

Persönliches Erscheinen zur mündlichen Erörterung des Antrags

Siehe § 61 SGB I. Diese Obliegenheit ist die Grundlage für eine eingehende Beratung. Persönliche Rücksprache ist oft effektiver, teilweise auch der einzige Weg, Unklarheiten zu beseitigen und ein für den behinderten Menschen geeignetes individuelles Konzept zu finden. Sie ist regelmäßig nur schwer durch andere Maßnahmen ersetzbar. Deshalb kann sie auch mit Sanktionen nach § 66 SGB I durchgesetzt werden, sofern für den behinderten Menschen damit nicht besondere Schwierigkeiten verbunden sind. Erforderlichenfalls muss der behinderte Mensch für das persönliche Gespräch aufgesucht werden !

Persönliches Erscheinen zur Vornahme von Maßnahmen, die für die Entscheidung über die Leistung notwendig sind

Siehe § 62 SGB I. In Betracht kommen könnten hier Erprobungen (Rechtsfolgen s. o.).

Bereitschaft zu ärztlichen und psychologischen Untersuchungen und Begutachtungen

Siehe § 62 SGB I. Die Feststellung der Behinderung, ihrer Folgen, ihrer Prognose und der bestehenden Interventionsmöglichkeiten ist der Kern des Verfahrens und deshalb unverzichtbar. Der behinderte Mensch kann aber u. U. den Umfang der Untersuchung begrenzen, indem er sein Anliegen oder die umfassende Klärung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe einschränkt oder auf vorhandene Gutachten verweist. Außerdem kann er die Untersuchungen verweigern, wenn die Voraussetzungen des § 14 Abs. 5 Sätze 1 und 3 SGB IX nicht gegeben sind. Ansonsten treffen ihn auch hier die Folgen des § 66 Abs. 1 SGB I.

Aktive Mitwirkung an Begutachtungen und Erprobungen

Zu erfolgreichem Abschluss kann ein Verfahren nur führen, wenn der Betroffene aktiv mitwirkt, wo es um die Feststellung seines Leistungsvermögens geht. Das gilt auch für die Ausfüllung entsprechender Fragebögen.

Zügige Mitteilung der Gründe bei Verhinderungen, Verzögerungen und Weigerungen

Auch wo eine rechtliche Obliegenheit nicht besteht, weil Hinderungsgründe vorliegen, ist von dem Betroffenen eine Beschleunigung des Verfahrens durch rechtzeitige Mitteilung zu erwarten, damit der Träger anders disponieren kann, sich z.B. u. U. eine Information auf anderem Wege verschafft. Der behinderte Mensch trägt in solchen Fällen selbst die Folgen verzögerter Bearbeitung.

3.3.1.2.2 Obliegenheiten zur Vermeidung, Minderung oder Beseitigung der Einschränkungen

Bereitschaft zum Durchlaufen einer erfolgversprechenden Heilbehandlung

Siehe dazu § 63 SGB I. Diese Mitwirkungspflicht ist primär zugeschnitten auf finanzielle Leistungen, die an eine bestehende Behinderung anknüpfen. Für die Leistungen zur Teilhabe bedeutet sie, dass der Begünstigte grundsätzlich nach Kräften daran mitwirken muss, dass das ärztliche Konzept möglichst erfolgreich umgesetzt wird. Hierbei ist zwar besonders auch das Selbstbestimmungsrecht des behinderten Menschen zu berücksichtigen; es obliegt ihm aber hiervon in der Weise Gebrauch zu machen, dass der Erfolg der Maßnahme mög-

lichst groß ist, zumindest aber nicht gefährdet wird. Wo mehrere Leistungen zur Teilhabe zusammenwirken, besteht die Obliegenheit zur erfolgreichen Absolvierung der einen auch in Bezug auf die andere (Rechtsfolgen: § 66 SGB I unter Beachtung von § 65 SGB I).

Stellung eines Antrag auf Leistungen zur Teilhabe nach Aufforderung durch die Krankenkasse nach § 51 SGB V bzw. durch das Arbeitsamt nach § 125 SGB III

Der Versicherte wird aufgefordert einen Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation zu stellen, wo dies nach Lage des Falles die sinnvollere Lösung gegenüber der nur kurativen Behandlung ist. Für diesen Sonderfall ist in § 51 SGB V eine spezielle Sanktion vorgesehen, die den §§ 66, 67 SGB I ähnelt, jedoch keine Ermessensausübung zulässt.

Ähnlich sieht § 125 Abs. 2 SGB III vor, dass der aus gesundheitlichen Gründen mehr als 6 Monate nicht verfügbare Arbeitslose aufzufordern ist, binnen eines Monats Leistungen zur Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen. Wird die Frist nicht eingehalten, ruht der Anspruch auf Arbeitslosengeld bis zur Nachholung des geforderten Antrags.

Teilnahme an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Siehe dazu § 64 SGB I. Hier kann auf die vorhergehenden Ausführungen zu § 63 SGB I verwiesen werden. Es obliegt insbesondere dem behinderten Menschen, der noch einen Arbeitsplatz hat, alles daran zu setzen, dass er diesen oder einen anderen Arbeitsplatz im Betrieb wieder vollwertig ausfüllen kann (Rechtsfolgen s. o.).

Bereitschaft zur Durchführung präventiver Maßnahmen

Eine nicht mit Sanktionen versehene Obliegenheit ist die Einhaltung von empfohlenen Strategien zur Prävention, sei es allgemein (Gymnastik, Ernährung, Raucherentwöhnung) oder am Arbeitsplatz (Richtiges Heben, Vermeiden von schädlichen Haltungen).

3.3.2 Pflichten der Arbeitgeber

Die Arbeitgeber spielen eine sehr bedeutsame Rolle bei der Früherkennung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe und auch bei Erbringung dieser Leistungen. Im Rentenverfahren sind sie als Quelle von Auskünften über bisherige Belastungen und aufgetretene Schwierigkeiten wichtig.

Es bestehen insbesondere folgende Pflichten und Obliegenheiten⁹⁶:

- Pflicht zur Verhütung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren, § 21 Abs. 1 SGB VII, § 3 Abs. 1 Nr. 3 lit. C ASiG
- Pflicht zum betrieblichen Eingliederungsmanagement nach § 84 Abs. 2 SGB IX bei langandauernder Arbeitsunfähigkeit
- Pflicht zur Einschaltung der Interessenvertretung (§ 93 SGB IX) und des Integrationsamtes, z.B. nach § 84 Abs. 1 SGB IX bei sonstigen Konflikten
- Obliegenheit zur Umsetzung von Arbeitnehmern, die aus gesundheitlichen Gründen ihren arbeitsvertraglichen Verpflichtungen nicht mehr (voll) erfüllen können, auf einen anderen Arbeitsplatz
- Pflicht zur Umsetzung von schwerbehinderten Menschen auf einen anderen Arbeitsplatz, § 81 Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 SGB IX⁹⁷

⁹⁶ Die Erfüllung von Pflichten kann gerichtlich erzwungen werden, während die Verletzung von Obliegenheiten lediglich die Rechtsposition verschlechtert (z.B. des Arbeitgebers im Rahmen eines Kündigungsschutzverfahrens).

⁹⁷ Vgl. BAG, Urteil v. 03.12.2002, Az.: 9 AZR 481/01.

- Pflicht zur Schaffung eines Teilzeitarbeitsplatzes im Rahmen von § 8 TzBfG und § 81 Abs. 5 SGB IX
- Obliegenheit zur Nutzung der Stufenweisen Wiedereingliederung (§ 74 SGB V, § 28 SGB IX)⁹⁸
- Obliegenheit zur Nutzung von sonstigen Angeboten der Träger zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben, gegenüber Schwerbehinderten ist dies eine Pflicht, § 81 Abs. 4 SGB IX
- Pflicht zur Umgestaltung des Arbeitsplatzes schwerbehinderter Arbeitnehmer und sonstiger Hilfen unter Nutzung der Trägerangebote, § 81 Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 i.V.m. § 84 Abs. 2 SGB IX

Im einzelnen wird noch auf folgendes hingewiesen:

Pflicht zur Verhütung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren

(§ 21 Abs. 1 SGB VII, § 3 Abs. 1 Nr. 3 Buchst c ASiG). Es handelt sich hier um eine Einbindung des Arbeitgebers in den Präventionsauftrag der Berufsgenossenschaften, der sich aber darüber hinaus auch auf andere Bereiche auswirkt.

Pflicht zur Einschaltung der Interessenvertretung nach § 93 SGB IX

Es besteht eine Pflicht zur Einschaltung der Interessenvertretung mit Zustimmung des Betroffenen bei länger als sechswöchiger ununterbrochener oder wiederholter Arbeitsunfähigkeit innerhalb eines Jahres (§ 84 Abs. 2 SGB IX).

Hierdurch soll die Früherkennung von Rehabilitationsbedarf gefördert und Auswirkungen auf das Beschäftigungsverhältnis vermieden werden.

Ferner hat der Arbeitgeber bei schwerbehinderten Mitarbeitern die Pflicht zur Einschaltung der Interessenvertretung bei Gefährdung des Arbeits- oder Beschäftigungsverhältnisses (§ 84 Abs. 1 SGB IX).

Mit Zustimmung des Betroffenen ist in den oben genannten Fällen bei schwerbehinderten Mitarbeitern die Schwerbehindertenvertretung einzuschalten.

Obliegenheit zur Umsetzung von Arbeitnehmern, die aus gesundheitlichen Gründen ihre arbeitsvertraglichen Verpflichtungen nicht mehr (voll) erfüllen können, auf einen anderen freien Arbeitsplatz.

Dazu gehört auch die Obliegenheit im Wege des Direktionsrechts einen geeigneten Arbeitsplatz frei zu machen und sich um die Zustimmung des Betriebsrates zu bemühen, wo dies möglich ist.⁹⁹

Pflicht zur Umsetzung von schwerbehinderten Menschen auf einen anderen Arbeitsplatz

(§ 81 Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 SGB IX) Die Arbeitgeber sind verpflichtet, dem behinderten Menschen einen ihren Fähigkeiten und Kenntnissen entsprechenden Arbeitsplatz zu verschaffen, soweit dies im Rahmen ihres Direktionsrechts möglich ist. Sie müssen dabei auch Widerstände des Betriebsrats überwinden und notfalls ein Zustimmungsersetzungsverfahren (§ 99 Abs. 4 BetrVG)¹⁰⁰ durchführen.

⁹⁸ Die bisherige Rechtsprechung des BAG – die jedoch vor Inkrafttreten des § 28 SGB IX ergangen ist – sah dies anders; vgl. BAG AP Nr. 1 und 3 zu § 74 SGB V.

⁹⁹ BAG, 29.1.1997 - 2 AZR 9/96 - BAGE 85, 107

¹⁰⁰ BAG Urt. v. 3.12.2002 - 9 AZR 481/01

Anspruch auf einen Teilzeitarbeitsplatz im Rahmen von § 8 TzBfG und § 81 Abs. 5 SGB IX

Diese Möglichkeit dient der Erhaltung eines Arbeitsplatzes, auch wenn die Leistungsfähigkeit nicht mehr für einen vollen Arbeitsplatz ausreicht. Eine Förderungsmöglichkeit ergibt sich aus § 10 Abs. 1 Nr. 2 Buchst. c SGB VI. Auch das Teilrentenmodell des § 42 SGB VI kommt hier in Betracht.

Obliegenheit zur Nutzung der stufenweisen Wiedereingliederung (§ 74 SGB V; § 28 SGB IX)

Hier ist darauf hinzuweisen, dass im Rahmen dieses Modells von dem gesundheitlich eingeschränkten Arbeitnehmer betriebsnützige Arbeit geleistet wird, die den Arbeitgeber nichts kostet und regelmäßig den Betrieb nicht wesentlich belastet. Es erscheint deshalb gerechtfertigt, eine vertragliche Nebenpflicht der Arbeitgeber anzunehmen, die stufenweise Wiedereingliederung und sonstige Hilfen zur Teilhabe im Rahmen der Zumutbarkeit zu ermöglichen; das gilt besonders bei Folgen von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten¹⁰¹. Diese Auffassung hat sich aber bisher gegenüber der älteren Rechtsprechung des BAG¹⁰² nicht durchgesetzt.

Nutzung von Angeboten zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben

Den Arbeitgeber trifft eine Obliegenheit (bei schwerbehinderten Menschen auch Pflicht nach § 81 Abs. 4 SGB IX) zur Nutzung von sonstigen Angeboten der Träger zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben.¹⁰³

Die genannten Obliegenheiten beziehen sich alle auf das Kündigungsrecht; der Arbeitgeber kann nicht wirksam kündigen, wenn er diese Möglichkeiten nicht ausgeschöpft hat.

3.3.3 Pflichten der Interessenvertretung i. S. v. § 93 SGB IX

Es bestehen insbesondere folgende Pflichten:

- Unterstützung von Wünschen und Beanstandungen der Arbeitnehmer (§§ 82 ff. BetrVG)
- Überwachung der Pflichten des Arbeitgebers, § 80 Abs. 1 Nr. 1 BetrVG
- Einschaltung der Gemeinsamen Servicestelle
- Beteiligung am Betrieblichen Eingliederungsmanagement, § 84 Abs. 2 SGB IX, zur Not dessen Durchsetzung, § 84 Abs. 2 Satz 6 SGB IX
- Förderung der Eingliederung von behinderten Menschen, § 80 Abs. 1 Nr. 4 BetrVG

Im einzelnen wird noch auf folgendes hingewiesen:

Unterstützung von Wünschen und Beanstandungen der Arbeitnehmer (§§ 82 BetrVG)

Dazu gehören auch Schwierigkeiten am Arbeitsplatz, die sich aus gesundheitlichen Gründen ergeben.

Überwachung der Pflichten des Arbeitgebers (§ 80 Abs. 1 Nr. 1 BetrVG)

Dazu gehört insbesondere auch seine Pflicht zur Verhütung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren nach § 21 Abs. 1 SGB VII.

¹⁰¹ Gagel, A. (2001). „Rehabilitation im Betrieb unter Berücksichtigung des neuen SGB IX – ihre Bedeutung und das Verhältnis von Arbeitgebern und Sozialleistungsträgern“, in NZA 2001, 988 ff.

¹⁰² BAG AP Nr. 1 und 3 zu § 74 SGB V.

¹⁰³ siehe dazu auch § 3 Abs. 1 Nr. 1 Buchst. f AsiG.

Einschaltung der Gemeinsamen Servicestelle

Wird im Rahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements oder ansonsten festgestellt, dass Leistungen zur Teilhabe oder begleitende Hilfen im Arbeitsleben in Betracht kommen, so muss der Arbeitgeber die örtlichen Gemeinsamen Servicestellen oder bei schwerbehinderten Beschäftigten das Integrationsamt hinzuziehen (§ 84 Abs. 2 Satz 4 SGB IX).

Förderung der Eingliederung von behinderten Menschen (§ 80 Abs. 1 Nr. 4 BetrVG).

Diese Verpflichtung bezieht sich auf alle gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Gefahren.¹⁰⁴

3.3.4 Pflichten der Schwerbehindertenvertretung

Die Schwerbehindertenvertretungen haben eine ganze Reihe von Rechten und Pflichten, vgl. §§ 95, 84 SGB IX. Insbesondere sind zu nennen:

- Pflicht zur Überwachung des Arbeitgebers, §§ 84 Abs. 2 Satz 7, 95 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 a.E. SGB IX, §§ 81 und 84 SGB IX
- Beantragung von Leistungen, § 95 Abs. 2 Satz 2 SGB IX
- Beteiligung am Betrieblichen Eingliederungsmanagement, § 84 Abs. 2 SGB IX, zur Not dessen Durchsetzung, § 84 Abs. 2 Satz 6 SGB IX

Daneben hat die Schwerbehindertenvertretung auch darüber zu wachen, dass die sonstigen Gesetze, Verordnungen Tarifverträge, Betriebs- und Dienstvereinbarungen und Verwaltungsanordnungen durchgeführt werden (§ 95 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB IX).

Beantragung von Leistungen

Zur Aufgabe der Schwerbehindertenvertretung gehört auch die Beantragung von Leistungen für schwerbehinderte Arbeitnehmer beim Arbeitgeber und den zuständigen Stellen, insbesondere den Rehabilitationsträgern und den Integrationsämtern (§ 95 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB IX).

3.3.5 Hausarzt und andere behandelnde Ärzte

Beratung

Der Hausarzt ist einer der ersten Akteure, der merken kann, wann Handlungsbedarf in Bezug auf Leistungen zur Teilhabe besteht. Leider kennen sich viele Hausärzte in Bezug auf die Möglichkeiten und Hilfen nicht aus, die der Versicherte erlangen könnte.

Wichtig wäre es, die Hausärzte und anderen behandelnden Ärzte hier stetig in Bezug auf die Leistungen zur Teilhabe zu schulen. Es sollte jedenfalls ein leicht fassbares, übersichtliches und kurzes Merkblatt entwickelt werden, das allen Ärzten zugeleitet und auch bei Fortbildungsveranstaltungen verteilt wird.

In jedem Fall muss jeder behandelnde Arzt wissen, was eine Gemeinsame Servicestelle ist und in welchen Fällen er seine Patienten dort hinschicken kann, damit dort der Bedarf an Leistungen zur Teilhabe überprüft wird bzw. Weiteres zur Überprüfung veranlasst wird.

Hinzuweisen ist an dieser Stelle darauf, dass auch kurativ tätige Ärzte verpflichtet sind, ihre Patienten über Leistungen zur Teilhabe aufzuklären.¹⁰⁵

¹⁰⁴ Fitting, K. (2002) in BetrVG-Kommentar von Fitting, Kaiser, Heither und Engels, § 80 Rz 32.

Dokumentation

Einen wesentlichen Beitrag könnten die Hausärzte und die anderen behandelnden Ärzte leisten, wenn Sie sich bei der Dokumentation bzw. Berichterstattung an den Vorgaben der ICF orientieren würden. Hierfür ist jedoch noch einiges an Schulungsbedarf zu leisten.

Eine wesentliche Voraussetzung, um die Mithilfe der behandelnden Ärzte erwarten zu können und zu fördern, ist aber die Klärung der noch offenen Gebührenfragen.

3.3.6 Gemeinsame Servicestellen

Die Gemeinsamen Servicestellen werden von den Trägern eingerichtet. Sie sind eine Funktionseinheit der Träger.¹⁰⁶ Gleichwohl sind sie unabhängig. Sie sollen umfassende unabhängige Beratung des behinderten Menschen ermöglichen. Mithin sind sie in erster Linie Ansprechpartner für die behinderten Menschen, wenngleich sie ebenso den von Behinderung bedrohten Menschen offen stehen.

Diese Rolle bringt es mit sich, dass die Träger einen Teil ihrer Aufgaben in die Gemeinsame Servicestelle verlagern können, insbesondere die Beratungsgespräche. Dies bietet sich wegen der besonderen Kompetenz, die diese Stelle auf Grund der gesetzlichen Vorgaben vorhalten muss, an. Es muss nur sichergestellt werden, dass die Unabhängigkeit der Gemeinsamen Servicestelle dadurch nicht in Frage gestellt wird.

Da letztlich in allen Verfahren, die Behinderungen betreffen, auch der Bedarf an Leistungen zur Teilhabe zu prüfen ist (§ 8 Abs. 1 SGB IX), wird diese Stelle zu einer wichtigen Anlaufstelle bei allen Fragen und Verfahren, in denen es um Behinderungen geht. Dort ist in Kooperation mit den behinderten Menschen der geeignete Weg zu ergründen und die erforderlichen Schritte sind vorzubereiten. Deshalb gewinnt die Gemeinsame Servicestelle besondere Bedeutung, gerade auch im Vorfeld der Antragstellung. Deshalb sind auch Ärzte und Betreuungspersonen sowie Arbeitgeber verpflichtet, frühzeitig auf die Einschaltung der Gemeinsamen Servicestelle hinzuwirken. Auch andere Stellen, wie Versicherungsämter, Vertrauensleute oder Sozialarbeiter sollen die Gemeinsame Servicestelle einschalten.

Gemeinsamen Servicestellen sind weiterhin ein wichtiger Faktor bei der Etablierung eines übergreifenden Case-Managements bei entsprechend komplex gelagerten Fällen. Ihre Aufgaben sind im Folgenden kurz umrissen.

Pflicht zur umfassenden Beratung

Die behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen können sich in jeder Angelegenheit im Zusammenhang mit Behinderungen an die Gemeinsame Servicestelle wenden, seien es nun Rentenansprüche wegen Erwerbsminderung oder Leistungen zur Teilhabe oder zur Prävention oder bei Pflegebedürftigkeit oder im Zusammenhang mit Rechten als schwerbehinderte Menschen. Sie erhalten dort Beratung aus einer Hand; ihr Teilhabeproblem ist umfassend anzusprechen. Das bedeutet, dass nicht nur vom behinderten Menschen gestellte Fragen zu beantworten sind, sondern die Gesamtproblematik hinterfragt werden und auf weitergehende Möglichkeiten hingewiesen werden muss.

Dazu gehört auch die Beratung über das Verfahren, das heißt darüber, was sofort und was später zu veranlassen ist. Dabei ist der behinderte Mensch auch ins Bild zu setzen, welche Anforderungen auf ihn zukommen und was von ihm erwartet wird.

¹⁰⁵ Masuch, P. "Beratungspflicht der Ärzte nach dem SGB IX - eine Lösungsskizze" veröffentlicht in Gagel/Schian, Diskussionsforum SGB IX Info Nr. 9 unter: <http://www.iqpr.de>.

¹⁰⁶ Welti, F. (2002) in HK-SGB IX, § 14 Rz. 21.

Antragsberatung

Die Gemeinsame Servicestelle hat auch Anträge jeglicher Art entgegenzunehmen und weiterzuleiten. Ihre Rolle ist dabei aber nicht passiv. Der Eingang eines Antrags löst zum einen eine geschilderte umfassende Beratungspflicht aus. Zum anderen ist aber besonders eine Erfolg versprechende Gestaltung des Antrags oder Stellung eines anderen oder weitere Anträge zu erörtern und hierbei Formulierungshilfe zu leisten. Dabei sind Vor- und Nachteile der Anträge zu erörtern, Missverständnisse aufzuklären, Ängste und Motivationsprobleme zu entkräften.

Unterstützung bei der Klärung des Rehabilitationsbedarfs

Gerade im Vorfeld der Antragstellung ist es wichtig, die genauen Problemlagen des (zukünftigen) Antragstellers und die damit zusammenhängenden Kontextfaktoren zu eruieren, um darauf aufbauend die geeigneten Leistungen zur Teilhabe auszuwählen. Die Gemeinsame Servicestelle kann hier teilweise selbst einen Beitrag leisten und zusätzlich durch die Einbeziehung von Behindertenverbänden und Selbsthilfegruppen die notwendige Bedarfsermittlung einleiten. Die gewonnenen Erkenntnisse müssen bei den Servicestellenmitarbeitern wieder zusammenfließen, was durch Kooperation mit diesen Institutionen zu gewährleisten ist.

Zuständigkeitsklärung

Eine weitere wichtige Aufgabe ist die Zuständigkeitsklärung, damit die Anträge bei dem materiell zuständigen Träger gestellt werden und Probleme, die sich im Zusammenhang mit § 14 SGB IX ergeben, wenn der leistungspflichtige Träger nach dem für ihn geltenden Gesetz die beantragten Leistungen nicht oder nur vermindert erbringen kann, gar nicht erst auftreten. Dies liegt auch im Interesse der Verwaltung.

Unterstützung bei Mitwirkungspflichten

Die Aufgabe der Gemeinsamen Servicestelle liegt darin, schon bei Antragstellung den behinderten Menschen darauf aufmerksam zu machen, welche Unterlagen und Auskünfte von ihm erwartet werden und ihn aufzufordern, diese dem Antrag beizufügen oder alsbald einzureichen.

Auch bei späteren Anforderungen des Trägers im Laufe des Verfahrens steht die Gemeinsame Servicestelle als Beraterin zur Verfügung, wenn der Betroffene unsicher ist, was er tun soll oder wie er die Anforderungen erfüllen kann oder was diese Anforderung für ihn bedeutet.

Vorbereitung der Entscheidung

Die Gemeinsame Servicestelle hat zur Verfahrensbeschleunigung beizutragen. Dazu hat sie dem zuständigen Träger Mitteilung zu machen, wenn deutlich wird, dass ein Gutachten erforderlich ist.

Darüber hinaus hat sie, wenn dies der Verfahrensbeschleunigung und rechtzeitigen Abklärung von Voraussetzungen dient, auch ansonsten die Entscheidung vorzubereiten, in einfachen Fällen bis zur Entscheidungsreife.

Unterstützung während des Verfahrens

Die Gemeinsame Servicestelle steht dem behinderten Menschen auch nach Abgabe der Sache an einen Träger zur Beratung und Unterstützung zur Verfügung. Er kann sich bei Problemen, insbesondere auch Verzögerungen, an die Gemeinsame Servicestelle wenden. Diese hat dem Problem nachzugehen und/oder Rat zu erteilen.

Koordination und Vermittlung zwischen den Beteiligten

Die umfassende Beratung und Unterstützung ist bereits ein Teil des Case-Managements. Aber auch nach Abgabe der Sache an den zuständigen Träger muss die Gemeinsame Servicestelle den Verlauf des Verfahrens im Blick behalten. Sie hat auf zeitnahe Entscheidung hinzuwirken und vor allem auch die Koordination zwischen mehreren Trägern zu steuern oder zu unterstützen. Regelmäßig wird diese Aufgabe durch Rückfragen und Problemschilderungen der Betroffenen ausgelöst. Die Gemeinsame Servicestelle hat aber auch von sich aus aktiv koordinierend tätig zu werden. Sie hat frühzeitig die Koordination einzuleiten, wo ein solches Bedürfnis sichtbar wird und dies möglich erscheint und sie hat möglichst auch mit den in Betracht kommenden Trägern ein Kooperationskonzept zu vereinbaren. Auch der Träger kann eine solche Aufgabe in die Gemeinsame Servicestelle verlagern, da sie durch ihre trägerübergreifende Ausrichtung und Anbindung hierfür besonders geeignet ist.

Beteiligung anderer Stellen

Geht es um Fragen des SGB IX Teil 2, sind bei Klärung des Hilfebedarfs auch die Integrationsämter zu beteiligen. Das Gleiche gilt bei drohendem oder bestehendem Pflegebedarf für die Pflegekassen.

Wenn der behinderte Mensch einverstanden ist, werden auch Behindertenverbände, Verbände der freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen oder Interessenvertretung behinderter Frauen an der Beratung beteiligt. Die Möglichkeit ihrer Einbeziehung unter Darstellung der damit verbundenen Vorteile ist somit Bestandteil eines jeden Beratungsgesprächs in einer Gemeinsamen Servicestelle.

Im Übrigen hat nicht nur der behinderte Mensch selbst Zugang zu den Leistungen der Gemeinsamen Servicestelle, sondern auch jede Vertrauensperson im Sinne des § 60 SGB IX. In § 61 SGB IX wird ausdrücklich geregelt, dass diese Personen auf die Gemeinsame Servicestelle hinzuweisen sind.

Fazit

Insgesamt bieten die Gemeinsamen Servicestellen also eine geeignete Anlaufstelle für Antragsteller auf Erwerbsminderungsrenten und Leistungen zur Teilhabe. Ihre Aufgaben, insbesondere ihr Case-Management, erstrecken sich über den gesamten Lauf des Verfahrens.

Unter Berücksichtigung der Selbstbestimmung des behinderten Menschen darf allerdings das Angebot der Gemeinsamen Servicestelle diesem im allgemeinen nicht aufgezwungen werden, sofern der Träger nicht selbst diese Stelle in sein Verfahren einbezieht. Der Hinweis auf die Gemeinsamen Servicestellen darf nicht den Eindruck erwecken, es werde von dem ursprünglichen Anliegen abgelenkt oder der Betroffene würde hin- und hergeschickt. Hinweise auf die Gemeinsamen Servicestellen sollten deshalb mit eingehender Erläuterung der damit verbundenen Vorzüge einhergehen.

3.3.7 Verantwortliche Bearbeiter bei den Rentenversicherungsträgern

Zu nennen sind hier der Rentensachbearbeiter, der Reha-Sachbearbeiter, der Jurist, der Arzt des medizinischen Dienstes, der Berater in der Beratungsstelle und der Berater in der Gemeinsamen Servicestelle. Unter diesen Akteuren müssen die Verantwortlichkeiten aufgeteilt und dabei sichergestellt werden, dass von der Beratung bis zur Leistungserbringung eine

Steuerung erfolgt, die die umfassende Erfassung der Problematik, ebenso wie die Koordinierung von Leistungen ohne Zeitverluste sicherstellt.

Die Organisation der Rentenversicherungsträger entspricht diesen neuen Anforderungen zurzeit vielfach noch nicht. Sie sind ohne Umorganisation und weitergehende Schulung, eventuell auch ohne Schaffung neuer Berufsbilder im Verwaltungsablauf nicht zu bewältigen.

Es handelt sich bei den nachfolgenden Ausführungen jedoch nur um einen Vorschlag. Wichtig ist uns, dass die nachfolgend beschriebenen Aufgaben erfüllt und Rechte gewährleistet werden, die Verantwortlichkeiten für die Aufgaben klar verteilt werden und die Aufgabenverteilung nach außen transparent gemacht wird.

3.3.7.1 Rentensachbearbeiter

Es ist schon darauf hingewiesen worden, dass die Umsetzung des SGB IX die Berufsbilder der Verantwortlichen bei den Trägern verändert. Es fallen durch die Verknüpfung der Anträge auf Erwerbsminderungsrenten und anderer behinderungsbezogener Leistungen nach § 8 Abs. 1 SGB IX umfangreiche Beratungs- und Steuerungsaufgaben an, für die in der bisherigen Aufgabenverteilung kein Platz ist. Wie dem Rechnung zu tragen ist, ergibt sich letztlich aus den Organisationsentscheidungen der Träger. Wir weisen die neuen Aufgaben im Zusammenhang mit Anträgen auf Erwerbsminderungsrenten hier beispielhaft einem Sachbearbeiter neuen Typs zu. Sein Aufgabenkreis umfasst die Herausfilterung der Rentenverfahren, bei denen Leistungen zur Teilhabe in Betracht kommen, die Weiterleitung dieser Verfahren an die Reha-Sachbearbeiter sowie die Steuerung und Koordinierung der beiden Verfahren, die häufig parallel laufen.

Im Einzelnen ergeben sich u.a. folgende Aufgaben:

Information, Beratung und Dialog

- Abklärung, welche Information und Beratung bereits im Vorfeld stattgefunden hat, anhand einer Checkliste.
- Ergänzung der im Vorfeld erfolgten Information des Versicherten zu Beginn des Verfahrens bei weiteren Informationsbedarf, u. a. durch Informationsbroschüren, soweit sich nicht Anhaltspunkte ergeben, dass der behinderte Mensch hierdurch überfordert wird (z.B. Sprach-, Lese-, Konzentrations- und sonstige Probleme beim Lesen einer Broschüre).
- Sicherstellung, dass in Ergänzung der im Vorfeld u. U. bereits erfolgten Beratung die noch erforderliche Beratung des Versicherten im Dialog stattfindet. Hierdurch soll gewährleistet werden, dass ein guter Beratungsstandard bei jedem Antragsteller stattfindet. Die Beratung muss nicht von dem Sachbearbeiter selbst erbracht werden, sondern kann unter Ausnutzung von Beratungsangeboten der Gemeinsamen Servicestellen und anderer Beratungsmöglichkeiten erbracht werden. Die Verantwortung des Rentensachbearbeiters liegt darin, dafür Sorge zu tragen, dass der Versicherte umfassend beraten wird und keine Fragen für ihn offen bleiben.

Den Rentensachbearbeiter zeichnet somit nicht das Detailwissen in allen den Versicherten betreffenden – insbesondere auch juristischen – Fragen aus, sondern die Fähigkeit, sich um die Belange des Versicherten mit diesem zusammen zu „kümmern“. Er hat sich wie ein „Kümmerer“¹⁰⁷ an die Seite des Versicherten zu stellen und die Möglichkeiten mit diesem zusammen aufzudecken, die diesem in seiner Situation weiterhelfen.

- Hinweis auf zusätzliche Beratungs- bzw. Hilfsangebote wie Gemeinsame Servicestellen, Selbsthilfegruppen und Behindertenverbände.

¹⁰⁷ Kümmerer meint einen Menschen, der sich um etwas oder jemanden kümmert.

- Erteilung von Zwischenmitteilungen an den Versicherten (in der Regel schriftlich mit dem Angebot der telefonischen Rücksprache bei Bedarf, bei Eilbedürftigkeit telefonisch) und soweit Leistungen zur Teilhabe durch den Reha-Sachbearbeiter zu überprüfen sind, zur Sicherung einer Koordinierung auch an diesen.
- Akteneinsichtsrechte gewährleisten.

Einholung der erforderlichen Einverständnisse bzw. Zustimmungen

- Einholung der Zustimmung des Versicherten zu Verfahrensschritten, die über den Antrag hinausgehen.
- Einholung des Einverständnisses, bei Unzuständigkeit das Verfahren abzugeben.
- Einholung des Einverständnisses zur Sachverhaltsermittlung bei Dritten, Unterrichtung von bzw. Zusammenarbeit mit Dritten, soweit dies sinnvoll erscheint.

Sachverhaltsermittlung

- Anforderung von Unterlagen beim Versicherten
- Anforderung von Unterlagen bei Ärzten und Arbeitgebern
- Einholung von Stellungnahmen beim medizinischen Dienst und Erteilung von Gutachtensaufträgen
- Ermittlung von Verständigungs- bzw. Zugangsproblemen
- Steuerung der Sachverhaltsaufklärung
- Abarbeitung einer Checkliste

Diese Aufgabenfülle ist aber nur zu bewältigen, wenn dieser Sachbearbeiter neuen Typs so weit wie zweckmäßig von eher technischen Aufgaben entlastet wird. Dies gilt insbesondere für umfangreiche Eingabe der Daten in den Computer, evtl. auch die Aktenführung sowie Zwischenmitteilungen an den Versicherten. Den Sachbearbeitern sollte also ein geringer qualifizierter Zuarbeiter an die Seite gestellt werden.

Zudem muss darauf hingewiesen werden, dass die Sachverhaltsermittlung nicht an der juristischen Einordnung sondern an der Erfassung des Problems des behinderten Menschen orientiert sein muss. Für den Sachbearbeiter im Dialog mit dem Versicherten soll es also nicht primär um die Abfrage der Voraussetzungen einer Anspruchsnorm gehen, sondern um die Erfassung der Problemlage. Eine juristische Einordnung soll erst in einem zweiten Schritt erfolgen. Dies hat zum einen den Vorteil, dass das Problem als Ganzes und aus der Sichtweise des behinderten Menschen erfasst werden kann. Zum anderen muss dann die juristisch korrekte Einordnung nicht durch den Sachbearbeiter erfolgen, sondern kann erforderlichenfalls an den Juristen abgegeben werden. Soweit dann noch Fragen in Bezug auf die Voraussetzungen der Anspruchsnorm offen sind, können diese im nachhinein immer noch ermittelt werden.

3.3.7.2 Reha-Sachbearbeiter bei der Rentenversicherung

Da auf Grund von § 8 SGB IX alle Rehabilitationsträger nun verpflichtet sind, bei allen Verfahren auf Sozialleistungen, die unter Berücksichtigung einer Behinderung oder einer drohenden Behinderung beantragt oder erbracht werden, zu prüfen, ob Leistungen zur Teilhabe voraussichtlich erfolgreich sind, hat sich der Reha-Sachbearbeiter der Rentenversicherung nun auch bei laufenden Erwerbsminderungsrentenfällen mit der Frage des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe auseinander zu setzen. Soweit solche Leistungen in Betracht kommen, spricht der Rentensachbearbeiter den Versicherten an und erfragt sein Einverständnis mit

der Einleitung eines Verfahrens auf Überprüfung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe. Liegt dieses Einverständnis vor, so informiert er den Reha-Sachbearbeiter, der alles Weitere zu veranlassen hat.

Die Schwierigkeit und der Unterschied zu den sonstigen Fällen des Reha-Sachbearbeiters liegt darin, dass der Versicherte oft noch weniger informiert ist über Leistungen zur Teilhabe. Er weiß mitunter gar nicht so richtig, was er für Möglichkeiten hat und ist sich mitunter auch noch nicht sicher, ob er die in Betracht kommenden Leistungen zur Teilhabe wirklich in Anspruch nehmen möchte. Auf diese Situation muss sich der Reha-Sachbearbeiter bei der Rentenversicherung einstellen und auf dieses Informationsbedürfnis eingehen, sowie dem Versicherten die Gelegenheit geben, sich mit der Situation auseinander zu setzen und eine Entscheidung in Ruhe zu treffen

Dazu gehört, dass er darauf achtet, dem behinderten Menschen möglichst viel Entscheidungsfreiheit zu lassen und die Angebote an seinen Wünschen und Fähigkeiten zu orientieren (§§ 9 u. 33 Abs. 4 SGB IX).

Wo nötig oder zweckmäßig, hat er die Bundesanstalt für Arbeit (§§ 38 und 104 SGB IX) oder/und das Integrationsamt (§ 102 SGB IX) sowie u. U. auch Integrationsfachdienste (§ 109 SGB IX) einzuschalten.

Im Einzelnen ergeben sich u.a. folgende Aufgaben:

- Organisation einer umfassenden Beratung, soweit noch nicht erfolgt.
- Evtl. Einleitung eines Gesprächs bei der Gemeinsamen Servicestelle.
- Erteilung von Zwischenmitteilungen an den Versicherten unter Berücksichtigung von § 14 SGB IX (in der Regel schriftlich mit dem Angebot der telefonischen Rücksprache bei Bedarf, bei Eilbedürftigkeit telefonisch) und an den Sachbearbeiter, der über den Erwerbsminderungsrentenantrag zu befinden hat, zur Sicherstellung der Koordinierung.
- Hinzuziehung eines Reha-Fachberaters soweit erforderlich.
- Umfassende Abklärung des in Betracht kommenden Spektrums an Leistungen.
- Klärung der Zuständigkeit.
- Sicherung der Verzahnung mehrerer Leistungen (§ 11 SGB IX).
- Weiterleitung des Vorgangs im Einverständnis mit dem Versicherten oder von Anträgen an andere zuständige Träger.
- Organisation der Verzahnung eigener Leistungen mit denen anderer Träger (§ 10 SGB IX).
- Einholung der notwendigen Informationen für die in Betracht kommende Leistung, wie z.B. Arztberichte, Arbeitgeberauskünfte.
- Einschaltung von Integrationsfachdiensten.
- Einholung des Gutachtens der Bundesanstalt für Arbeit nach § 38 SGB IX.
- Auswahl der Leistungen im Dialog mit dem Versicherten.
- Dialog über den Ort der Leistungen.
- Dialog mit Kliniken und Betrieben zur Steuerung der Leistungen.
- Einschaltung des ärztlichen Dienstes, wo noch erforderlich.
- Weiterleitung an den Juristen bei Entscheidungsreife oder auftretenden Rechtsproblemen.

Der Reha-Sachbearbeiter hat auch in Zusammenarbeit mit dem Rentensachbearbeiter sicher zu stellen, dass nicht widersprüchliche Entscheidungen getroffen werden, doppelte Begutachtung stattfindet – soweit es zu vermeiden ist -, Termine koordiniert werden etc. Es muss so für eine Leistung „wie aus einer Hand“ gewährleistet werden. In Anbetracht dieser Schwierigkeit sind in manchen Landesversicherungsanstalten die beiden Abteilungen (Rehabilitation und Rente) zusammengelegt worden.

3.3.7.3 Jurist als Mitarbeiter bei der Rentenversicherung

An dieser Stelle geht es um den Mitarbeiter der Rentenversicherung, der in der Regel das Dezernat leitet und nach unserer Feststellung meist ein Jurist ist.

- Entscheidung über die in Betracht kommenden Leistungen auf Grund des vorliegenden Sachverhalts, wenn der Sachverhalt zur Entscheidung reif ist.
- Rückgabe der Akte an den Rentensachbearbeiter mit entsprechenden Weisungen bezüglich der Sachverhaltsaufklärung, falls ihm noch Informationen fehlen.
- Lösung auftretender Rechtsprobleme.
- Rechtliche Hinweise an die Sachbearbeiter, insbesondere auch bezüglich der Fragen, die an die medizinischen Gutachter bzw. den medizinischen Dienst zu stellen sind.

3.3.7.4 Ärzte und andere Sachverständige als Gutachter

In der Regel halten die Rentenversicherungen Ärzte als Gutachter vor. Es sollte allerdings daran erinnert werden, dass u. U. auch Psychologen, Pädagogen und Sozialarbeiter einbezogen werden müssen, um den vorliegenden Sachverhalt aufzuarbeiten¹⁰⁸. Insofern ist zu überlegen, ob der ärztliche Dienst um diese Berufsgruppen zu erweitern ist und entsprechend als ein Sachverständigendienst bezeichnet wird.

Hinzuweisen ist zunächst darauf, dass bei den einzelnen Rentenversicherungsträgern unterschiedliche Verfahren und Verfahrenskombinationen angewandt werden. Insbesondere:

- Begutachtung auf Grund von (haus-)ärztlichen Befundberichten und Selbstbeurteilungsbogen.
- Begutachtung auf Grund von Untersuchungsbegutachtung im eigenen sozialmedizinischen Dienst.
- Untersuchungsbegutachtung durch beauftragten Gutachter.

Sicher bietet sich es an, zunächst auf vorhandene (haus-)ärztliche Befundberichte und Selbstbeurteilungsbögen zurückzugreifen. Soweit hiernach eine Beurteilung der Erwerbsminderungsrente und der ggf. zu überprüfenden Leistungen zur Teilhabe möglich ist, kann eine Untersuchungsbegutachtung entfallen. Falls dies nicht möglich ist, wird der Antragsteller beim sozialmedizinischen Dienst zur Untersuchung, Beratung und Begutachtung persönlich eingeladen. Hinzuweisen ist darauf, dass Widersprüche zwischen dem Antragsbegehren und der Schilderung der Beschwerden und Probleme des Antragstellers (insbesondere im ersten Termin beim Sachbearbeiter) und den Feststellungen des sozialmedizinischen Dienstes auf

¹⁰⁸ Fuchs H.. (2003). „Rehabilitationsbedarf, Rehabilitationsziele und Wirksamkeit - Maßstäbe für die Ausführung von Rehabilitationsleistungen in geeigneten Einrichtungen sowie die Versorgungsstrukturentwicklung“ veröffentlicht in Gagel/Schian, Diskussionsforum A Info Nr. 1/2003 unter: <http://www.iqpr.de/iqpr/download/foren/sgbA1-2003.pdf>.

Grund der Aktenlage diesen immer dazu veranlassen müssen, eine persönliche Untersuchung durchzuführen.

Sollte das persönliche Untersuchungs-, Beratungs- und Begutachtungsgespräch erforderlich sein (unabhängig ob das Gutachten beim sozialmedizinischen Dienst oder vom externen Gutachter erstellt wird), so muss es folgende Komponenten enthalten:

- Allgemeine Information und sozialmedizinische Beratung
- Sachverhaltsaufklärung
- Begutachtung
- ggf. Assessment

Allgemeine Information und sozialmedizinische Beratung

- Information des Versicherten über den Inhalt des Gutachtensauftrags und den damit verbundenen Gutachtensumfang.
- Erörterung des Zwecks und Einholung des Einverständnisses mit der beabsichtigten Begutachtung, falls auf Grund des Beratungsgespräches sich der behinderte Mensch nun erst für die Überprüfung eines Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe entscheidet.

Sachverhaltsaufklärung

- Ermittlung der individuellen Vorstellung über sein Lebenskonzept und die durch Behinderungen bewirkten Teilhabestörungen

Begutachtung

- Beurteilung der medizinischen Fragestellungen
- Hinweise auf das Erfordernis ergänzender Gutachten
- Prüfung und Erörterung mit dem Versicherten, ob überhaupt Leistungen zur Teilhabe angebracht sind und durchgeführt werden können (**Filterfunktion**)

Assessment

Soweit der Arzt ein Assessment benötigt, um eine valide Aussage bezüglich der Leistungsfähigkeit des Versicherten machen zu können, muss er dies feststellen. Er muss insbesondere

- das Leistungsmerkmal benennen, das er mit dem Assessment überprüfen möchte,
- das Assessmentverfahren benennen, das er für die Überprüfung des Leistungsmerkmal für sinnvoll erachtet,
- das Assessmentverfahren entweder selbst durchführen oder eine entsprechende Durchführung empfehlen, am besten mit dem Hinweis, welche Einrichtung hierfür zu beauftragen ist.

Wenn sich der begutachtende Arzt in Assessmentverfahren bezogen auf das spezielle Leistungsmerkmal, dessen Beurteilung ihm nicht ausreichend valide möglich ist, nicht auskennt, hat er die Frage bewusst offen zu halten. Dann muss ein Sachverständiger mit den entsprechenden Spezialkenntnissen sich speziell dieser Frage nochmals annehmen.

Allgemeine Hinweise

Der Versicherte ist da abzuholen, wo er steht und der Arzt hat festzustellen, welche Ziele in Bezug auf die vorhandenen Krankheiten/Einschränkungen/ Ressourcen realistisch zu verfolgen sind und was von Nöten ist, um diese Ziele zu erreichen.

Immer stellen sich u. a. die Fragen: Kann der Versicherte auf den Arbeitsmarkt zurückgeführt werden und wenn ja, welche Hilfestellung ist nötig? Welche Probleme stellen sich bei der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft? Sind evtl. präventive Leistungen erforderlich?

Falls der Erbringung von Leistungen eine mangelnde Motivationslage entgegensteht, ist die Ursache für diese mangelnde Motivation zu diagnostizieren und entsprechende Hilfemöglichkeiten in Bezug auf die Überwindung von Motivationsproblemen anzubieten.

Wenn die **mangelnde Motivation** auf der falschen Annahme basiert, kann finanziell nichts passieren, auch wenn ich nichts tue, dann ist dies Anlass für ein erneutes **Gespräch in der Beratungsstelle oder der Gemeinsamen Servicestelle**. Dort wäre eine umfassende Information einerseits zum Nutzen der Leistungen, andererseits bezüglich der Obliegenheiten, der Folgen ihrer Verletzung und evtl. auch der Hinweis auf die Inanspruchnahme von Unterhaltspflichtigen angebracht.

3.3.8 Sonstige Rentenanspruch aufnehmende Stellen

Sonstige Rentenanspruch aufnehmende Stellen sollten neben der Hilfe bei der Aufnahme des Rentenanspruches dem Versicherten Informationen bezüglich seiner Rechte und Pflichten im Rentenverfahren geben. Diese Informationen sollten sich insbesondere auf den Hinweis auf Gemeinsame Servicestellen, Selbsthilfegruppen (bzw. KISS als die Vereinigung aller Selbsthilfegruppen) und Behindertenverbände und die Möglichkeiten von Leistungen zur Teilhabe beziehen. Es stellt ein Problem dar, dass die Qualität der Information in den verschiedenen Stellen sehr differiert. Dieses Problem muss der Rentensachbearbeiter dadurch auffangen, dass er den Informations- bzw. Beratungsbedarf zu Beginn seines Gespräches aufklärt und die dann noch nicht erfolgten Informationen ergänzt.

Zu nennen sind hier die Versicherungsämter (§ 92 SGB VI). Diese ziehen sich zwar teilweise aus der EM-Antragsaufnahme zurück, da die Rentenversicherungsträger diese in ihren Auskunfts- und Beratungsstellen bzw. Service-Zentren bündeln möchten. Dennoch sind sie nach § 93 Abs. 2 SGB IV zur Entgegennahme von Anträgen auf Leistungen anderer Sozialversicherungsträger verpflichtet und müssen auf deren Verlangen auch den Sachverhalt aufklären, Beweismittel beifügen, und sich, soweit erforderlich, zu den entscheidungserheblichen Tatsachen äußern und Unterlagen unverzüglich an den Versicherungsträger weiterleiten. Ihre Informationspflicht ist allerdings auf die Erteilung von Auskünften begrenzt (§ 93 Abs. 1 SGB IV), eine umfassende Beratung müsste demnach durch die Rentenversicherungsträger erfolgen.

Zu dem Beratungsnetz der Rentenversicherungsträger zählen auch die so genannten Versichertenältesten (§ 39 SGB VI). Als Teil der Selbstverwaltung eines Rentenversicherers sind sie die Ansprechpartner der Versicherten in der Nachbarschaft und damit ein wertvolles Bindeglied zwischen den Versicherten und dem Träger. Allerdings muss auch bei den Versichertenältesten für eine Aufgabenwahrnehmung gesorgt werden, die das Feld der Leistungen zur Teilhabe neben den Rentenleistungen stets im Blick hat. Dass die Versichertenältesten keine solch umfassende Beratung und Unterstützung hinsichtlich der Leistungen zur Teilhabe bieten können wie die Gemeinsamen Servicestellen, ist eindeutig. In geeigneten Fällen sollten sie daher die Nutzung dieser besonders geeigneten Beratungsinstitution nahe legen.

3.3.9 Andere Rehabilitationsträger

Hier geht es nur um die Pflichten, die sich im Zusammenhang mit einem, beim Rentenversicherungsträger anhängigen oder in Betracht kommenden Verfahren ergeben.

Pflichten im Vorfeld des Verfahrens

Beratung durch Hinweis auf die Gemeinsame Servicestelle, wenn sich bei einem Vorgang oder in einem Beratungsgespräch Anhaltspunkte für einen Bedarf an Leistungen zur Teilhabe ergeben, für den keine eigene Zuständigkeit besteht (§§ 14, 15 SGB I; § 12 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX).

§ 15 SGB I benennt zwar nur die Träger der Krankenversicherung und der Pflegeversicherung als Auskunftsstellen und § 14 SGB I verpflichtet nur zur Beratung im Bereich der eigenen Zuständigkeit. Das Bundessozialgericht hat aber bereits vielfach entschieden, dass ein Träger auch dann beraten muss, wenn die Aufgaben miteinander verknüpft sind und er der „aktuelle Ansprechpartner“ ist.¹⁰⁹ Nunmehr verpflichtet § 12 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX die Träger ausdrücklich, die Beratung unabhängig von der eigenen Zuständigkeit sicherzustellen; dazu gehört zumindest die Weiterleitung oder Verweisung an die Gemeinsame Servicestelle.

Anregung von Anträgen auf Leistungen zur Teilhabe oder Erwerbsminderungsrenten, wo dies nach den vorliegenden Erkenntnissen sinnvoll erscheint (besondere Vorschriften § 51 SGB V, §§ 125, 142 SGB III).

Weiterleitung von Anträgen, für die die Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers besteht.

Anträge können gem. § 16 SGB I auch bei einem unzuständigen Träger gestellt werden. Eingehende Anträge, die sich an einen anderen Träger richten, dürfen deshalb nicht zurückgesandt oder zurückgewiesen werden. Mündlich gestellte Anträge sind aufzunehmen und weiterzuleiten. Soweit nicht ersichtlich ist, an wen sich der Antrag richtet, ist die Weiterleitung an die Gemeinsame Servicestelle der richtige Weg. In allen anderen Fällen gilt § 14 SGB IX.

Weiterleitung der Erkenntnisse aus der Überprüfung an den zuständigen Rentenversicherungsträger, soweit der Betroffene sein Einverständnis erklärt.

Die Verpflichtung zur umfassenden Prüfung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe macht nur Sinn, wenn die Ergebnisse auch umgesetzt werden. Deshalb sind die getroffenen Feststellungen, soweit sie für die Zuständigkeiten anderer Träger bedeutsam sein können, im Einverständnis mit dem Betroffenen an diese weiterzuleiten.

Pflichten im Verfahren

Auskunftspflicht gegenüber dem Rentenversicherungsträger und Mitteilung von Gutachten sowie sonstiger für die Entscheidung wichtiger Verfahrensunterlagen (§§ 4 u. 21 Abs. 1 Nr. 3 SGB X iVm § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X).

Die anderen Träger sind verpflichtet, im Wege der Amtshilfe ihre Unterlagen zur Verfügung zu stellen, soweit sie vom Rentenversicherungsträger für sein Verfahren benötigt werden. Der Datenschutz lässt dies zu (§ 69 SGB X).

Verpflichtung der Bundesanstalt für Arbeit zur gutachtlichen Stellungnahme über die Notwendigkeit von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und deren Ausgestaltung auf Anforderung anderer Träger (§ 38 SGB IX).

¹⁰⁹ u.a. BSG 22.10.1996 – 13 RJ 69/95 – SozR3-1200 § 14 Nr. 22.

Es handelt sich hier nur um Hilfen auf Anforderung und nur um gutachtliche Äußerungen. Damit soll sicher gestellt werden, dass die Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben möglichst effizient angelegt wird.

Bereitschaft zur Erstellung eines gemeinsamen Plans über das Ineinandergreifen verschiedener Leistungen, wenn neben der Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers eine eigene Zuständigkeit gegeben ist (§ 10 Abs. 1 SGB IX).

Sicherstellung eines nahtlosen Ineinandergreifens verschiedener Leistungen zur Teilhabe (§§ 12 Abs. 1 Nr. 1, 10 Abs. 1, 11 Abs. 1 SGB IX).

Es geht hier vor allem um die rechtzeitige Anbahnung oder Ansiedlung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben möglichst schon während medizinischer Rehabilitation. Hierher gehört vor allem die unverzügliche Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben bei Gefährdung des Arbeitsplatzes, auch soweit die Zuständigkeit dafür nicht beim Rentenversicherungsträger liegt.

3.3.9.1 Krankenversicherungsträger

3.3.9.1.1 Rechtzeitige Einleitung

Die Träger der Krankenversicherung verfügen über Daten, die erkennen lassen, wann möglicherweise eine Behinderung vorliegt oder droht. Ihnen steht in Gestalt des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen – MDK – (§§ 275 ff. SGB V) ein Instrument zur Verfügung, diesen Signalen auf den Grund zu gehen und Leistungen zur Prävention oder zur Teilhabe vorzuschlagen. § 275 Abs. 1 SGB V hebt dies ausdrücklich hervor. Z.B. die Krankenkasse beauftragt den MDK, nach einer Anzahl oder längeren Dauer von Arbeitsunfähigkeitszeiten oder sonstiger Kriterien, ein Gutachten zu erstellen, was sich – neben der Frage der Arbeitsunfähigkeit mit der Frage des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe und drohender Erwerbsminderung befasst.

Diese Aufgabe erfordert – auch in Fällen, in denen die Voraussetzungen des § 8 Abs. 1 SGB IX nicht vorliegen – eine umfassende Aufklärung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe oder zur Pflege.

Sicherung der rechtzeitigen Einleitung und Verzahnung durch Ärzte und Kliniken während der Krankenbehandlung durch Verträge.

Krankenbehandlungen stehen meist am Anfang einer körperlichen Beeinträchtigung. Die Krankenbehandlung und die Phasen der medizinischen Rehabilitation sind deshalb die günstigsten Zeiten für eine Früherkennung von Bedarf und wirksame Erbringung von Leistungen. Es ist Aufgabe der Kassen, im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung darauf hinzuwirken, dass Ärzte und Kliniken auf eine frühe Aufdeckung des Bedarfs sowie frühe Einleitung und Verzahnung von Leistungen zur Teilhabe hinwirken und dafür Programme entwickeln (§§ 73 Abs. 1 Nr. 4, 87 Abs. 2 a Satz 3, 92 Abs. 1 Nr. 8, 112 Abs. 2 Nr. 5 SGB V).

Hierzu gehört auch der rechtzeitige Hinweis auf die Aufgaben der Gemeinsamen Servicestelle.

3.3.9.1.2 Bereitstellung von Hilfsmitteln

Im Leistungsbereich besteht außerhalb von Phasen medizinischer Rehabilitation eine vorrangige Zuständigkeit für die Erbringung von Hilfsmitteln bei Behinderungen (§ 33 SGB V i. V. m § 26 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX).

3.3.9.1.3 Leistungen zur Prävention

Die Krankenkassen haben eine herausgehobene Verpflichtung zur Prävention (§§ 20 ff. SGB V). Da aber nach § 3 SGB IX auch die anderen Träger zur Prävention beizutragen haben, liegt es u.a. bei den Krankenkassen, sie in diese Aufgabe einzubinden.

3.3.9.2 Pflegekassen

Die Pflegekassen sind selbst keine Rehabilitationsträger. Sie sind aber verpflichtet, bei den Trägern darauf hinzuwirken, dass frühzeitig Leistungen zur Prävention, Krankenbehandlung und medizinischen Rehabilitation erbracht werden. Sie haben also einerseits Hinweise zu geben, andererseits aber auch die Träger zu drängen und u. U. Vorschläge zu unterbreiten.

3.3.9.3 Unfallversicherungsträger

3.3.9.3.1 Umfassende Prüfung und Kooperation

Die Unfallversicherungsträger haben nach § 8 Abs.1 SGB IX bei jedem Unfall, der eine Behinderung zur Folge hat, bei Einverständnis des Betroffenen diesen umfassend zu untersuchen. Bei Feststellung eines Bedarfs, der in die Zuständigkeit der Rentenversicherungsträger fällt, ist dieser einzuschalten und mit ihm die Verzahnung von Leistungen sicherzustellen (§§ 10,11 SGB IX). Das Gleiche gilt bei Bestehen einer anerkannten Berufkrankheit.

3.3.9.3.2 Prävention

Auch der Unfallversicherungsträger hat eine herausgehobene Zuständigkeit zur Prävention gegenüber Gesundheitsgefahren, die von der Arbeit ausgehen und muss entsprechende Leistungen erbringen, wenn sich dies während, nach oder anstelle von Leistungen zur Teilhabe als erforderlich erweist (§ 14 ff. SGB VII). § 14 Abs. 2 SGB VII verpflichtet dabei zwar nur zur Zusammenarbeit mit den Krankenkassen, weil diese im Übrigen das Schwergewicht der Prävention tragen; § 3 SGB IX gebietet aber auch eine Einbindung des Rentenversicherungsträgers.

3.3.9.4 Träger der Kriegsopferversorgung

Träger der Kriegsopfer- und Soldatenversorgung sind die Versorgungsämter; sie sind auch zuständig für andere Bereiche sozialer Entschädigung (Verbrechensopferentschädigung, Impfschadensentschädigung). Für sie gilt im Grundsatz das Gleiche wie für die Unfallversicherung.

3.3.9.5 Träger der Kriegsopferfürsorge

Die Träger der Kriegsopferfürsorge werden von den Ländern bestimmt. Die überörtlichen Träger sind z.B. in Hessen als Hauptfürsorgestellen bei den Integrationsämtern angesiedelt. Ihre Aufgabe ist die Fürsorge bei Fällen, in denen Entschädigungsrecht anzuwenden ist (Kriegsopfer, Wehrdienstopfer, Impfpflicht, Verbrechensopfer u.a.).

3.3.9.6 Integrationsämter

Die Integrationsämter sind selbst keine Träger i.S.v. § 6 SGB IX; sie wirken aber bei der Eingliederung schwerbehinderter Menschen mit. Sie ergänzen Leistungen der Träger, ersetzen sie aber nicht und stocken sie auch nicht auf (§ 102 Abs. 5 SGB IX). Daraus ergibt sich eine Verpflichtung der Integrationsämter zur Einbindung der zuständigen Rehabilitationsträger. Außerdem müssen sie, wo nötig, die Integrationsdienste einschalten (§ 109 Abs. 1 u. 4 SGB IX). Die Integrationsämter müssen aber auch umgekehrt von dem Rentenversicherungsträger

ger eingebunden werden, damit sie wirksam werden können. Der behinderte Mensch muss darüber beraten und sein Einverständnis eingeholt werden.

Integrationsämter sind außerdem in das System des § 14 SGB IX eingebunden (§ 102 Abs. 6 SGB IX). Sie müssen Anträge, die bei Ihnen eingehen, rechtzeitig an den zuständigen Träger weiterleiten oder auch bearbeiten, wenn solche an sie weitergeleitet werden (ausgenommen Weiterleitungen nach § 16 SGB I).

3.3.9.7 Bundesanstalt für Arbeit

3.3.9.7.1 Prävention und Früherkennung

Die Bundesanstalt für Arbeit hat ebenfalls eine zentrale Stellung bei der Früherkennung, weil sich im Rahmen der Vermittlung Defizite meist bemerkbar machen oder jedenfalls festgestellt werden können. Eine Verpflichtung dem nachzugehen, ergibt sich zunächst einmal aus der gemeinsamen Verpflichtung der Träger zur Prävention, zu der die Verpflichtung gehört, gesundheitliche Einschränkung möglichst frühzeitig aufzuspüren. Das bedeutet, dass bei der Untersuchung von Arbeitslosen immer auch auf Ansätze für gesundheitliche Gefahren zu achten ist, die zu einer Behinderung oder einer Verschlimmerung einer Behinderung führen können.

3.3.9.7.2 Untersuchungen und Begutachtungen

Gutachtliche Stellungnahmen und Untersuchungen zur Eignungsfeststellung sind allerdings regelmäßig keine Aktivitäten, die durch einen Antrag wegen einer Behinderung ausgelöst werden. § 8 Abs. 1 SGB IX gilt dafür deshalb nicht, wenn die Untersuchung nicht ausnahmsweise mit einem solchen Antrag verbunden ist. Dennoch sind die behinderten Menschen entsprechend zu beraten, zumindest durch Hinweis auf die Gemeinsame Servicestelle oder deren Einschaltung.

Soweit es sich um Untersuchungen wegen einer Sperrzeit oder Beschränkung der Verfügbarkeit handelt, ist zu diskutieren, ob nicht § 8 SGB IX anzuwenden ist. Zu Grunde liegt dabei ein Antrag auf Zahlung von Arbeitslosengeld unter Aufhebung einer Sperrzeit oder Anerkennung eingeschränkter Verfügbarkeit aus gesundheitlichen Gründen. Es wird eine an sich sonst nicht zustehende Leistung dennoch gewährt, weil eine Behinderung vorliegt. Zwar ist die beantragte Leistung selbst an sich keine, die ihrem Ziel nach der Förderung behinderter Menschen dient. Sie setzt aber eine Behinderung voraus. Es erscheint sachlich gerechtfertigt, in § 8 Abs. 1 SGB IX auch diese Fälle einzubeziehen.

Das Gleiche gilt selbstverständlich, wenn ein Antrag auf Leistungen wegen einer Behinderung gestellt wird (§§ 97 ff. und 222 a SGB III). Dabei spielt es keine Rolle, ob wegen der Behinderung eine allgemeine Leistung (§ 98 Abs. 1 Nr. 1 SGB III) zu erbringen ist oder eine besondere Leistung (§ 98 Abs. 1 Nr. 2 SGB III).

3.3.9.7.3 Aufforderung nach § 125 Abs. 2 SGB III

Die Bundesanstalt hat aber des Weiteren dann, wenn der Arbeitslose sechs Monate eine wöchentlich mindestens 15 Stunden umfassende Beschäftigung nicht unter üblichen Bedingungen ausüben kann, ihn zur Stellung eines Rehabilitationsantrags aufzufordern (§ 125 Abs. 1 und 2 SGB III). Dies gilt nicht nur, wenn der Versicherte einer Beschäftigung sechs Monate wegen Krankheit oder Behinderung nicht ausüben konnte, sondern auch, wenn er es auf Grund einer fundierten Prognose nicht können wird, z. B. Versicherter ist bereits seit einiger Zeit erkrankt und es besteht keine Aussicht, dass sich dieser Zustand innerhalb der 6 Monate bessern wird. Diese an sich im Interesse der Bundesanstalt geschaffene Vorschrift dient zugleich dem Interesse des behinderten Menschen und dem allgemeinen öffentlichen Interesse an der frühen Einleitung nötiger Leistungen zur Teilhabe.

Für Gutachten, die einer solchen Aufforderung zugrunde liegen gilt § 8 SGB IX.

3.3.9.7.4 Aufforderung nach § 142 Abs. 1 Satz 2 SGB III

Die Bundesanstalt für Arbeit hat den Arbeitslosen ferner aufzufordern einen Antrag auf volle Erwerbsminderungsrente zu stellen, wenn ihm Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung zuerkannt ist und das Restleistungsvermögen unter den üblichen Bedingungen des Arbeitsmarkts nicht zu verwerten ist. Sie hat dabei gleichzeitig zu beraten, inwieweit dieser Zustand durch Leistungen zur Teilhabe zu ändern ist und gegebenenfalls solche Leistungen anzubieten soweit sie zuständig ist.

Im Übrigen trifft diese Pflicht den Rentenversicherungsträger, bei dem dieser Antrag gestellt wird (§ 8 Abs. 1 SGB IX).

3.3.9.7.5 Gutachtliche Stellungnahme bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Schließlich ist auch hier auf die Aufgabe der Bundesanstalt hinzuweisen, auf Anforderung die anderen Träger gutachtlich bei der Auswahl und Einleitung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu unterstützen (§ 38 SGB IX).

3.3.9.8 Sozialämter

Bei den Sozialämtern stellen sich im Zusammenhang mit Arbeitsfähigkeit ähnliche Aufgaben wie bei der Bundesanstalt für Arbeit.

Ein weiteres Schwergewicht liegt bei den Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§§ 55 ff. SGB IX), insbesondere den Hilfen zur Teilnahme am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben (§ 58 SGB IX).

In diesem Rahmen gilt sowohl § 8 SGB IX als auch die Verpflichtung im Rahmen von Verfahren über eigene Leistungen, diese mit anderen zuständigen Trägern zu koordinieren. Bei Hinweisen auf einen Bedarf an Leistungen zur Teilhabe, bei denen keine eigene Zuständigkeit besteht, ist ein Antrag bei dem zuständigen Träger anzuregen oder im Einvernehmen mit dem behinderten Menschen dieser Träger einzuschalten. Bei weniger deutlichen Fällen ist im Einvernehmen mit dem behinderten Menschen die Gemeinsame Servicestelle einzuschalten.

3.3.9.9 Träger der öffentlichen Jugendhilfe

Träger der öffentlichen Jugendhilfe sind die Jugendämter und die Landesjugendämter. Im Bereich von Behinderungen liegt ihre Aufgabe in der Förderung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit seelischen Behinderungen (§§ 35 a, 41 SGB VIII).

Als Rehabilitationsträger sind auch die Träger der öffentlichen Jugendhilfe sowohl zur Prävention als auch zur umfassenden Aufklärung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe im Rahmen von § 8 SGB IX verpflichtet. Sie haben ihre Leistungen mit denjenigen anderer Träger, so auch der Rentenversicherungsträger zu koordinieren (§ 11 SGB IX). Allerdings wird wegen des Alters der betreuten Personengruppen eine solche Verzahnung seltener anfallen (§ 11 SGB VI).

3.3.9.10 Freie Einrichtungen der Wohlfahrtspflege und der Jugendhilfe

Soweit diese Einrichtungen Aufgaben der Träger übernehmen, sind sie den gleichen Pflichten unterworfen. Aber auch sonst muss ihnen das SGB IX als Richtschnur ihres Handelns dienen. Sie haben insbesondere an der frühen Feststellung des Bedarfs sowie rechtzeitiger Einschaltung der zuständigen Träger als auch an der nahtlosen Verzahnung von Leistungen mitzuwirken. Sie dürfen keine Ziele verfolgen, die diesen Anforderungen nicht gerecht werden.

3.4 Ablauf des Verfahrens

Nachfolgend wird ein Ablaufplan entworfen, der nicht verbindlich sein soll, sondern eine Lösungsvariante darstellt. Es bleibt den Trägern überlassen, welchem der Akteure sie welche Aufgaben zuordnen; entscheidend ist, dass für alle Aufgaben, die das SGB stellt, ein Verantwortlicher definiert ist. In unserem Vorschlag für einen Ablaufplan haben wir uns vielfach an bestehenden Verfahren bei Unfallversicherung, MDK und auch Rentenversicherungen orientiert.

3.4.1 Die wichtigsten Aspekte der neuen Rentenbearbeitung

3.4.1.1 Neue Verfahrensanforderungen nach § 8 SGB IX

Bei Aufstellung des Ablaufplans ist vor allem die Verknüpfung jedes Verfahrens wegen einer Behinderung mit der umfassenden Prüfung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe (§ 8 Abs. 1 SGB IX) und zur Prävention (§ 3 SGB IX) zu beachten.

Rentanträge verpflichten den Träger nunmehr zugleich den Bedarf an Leistungen zur Teilhabe umfassend abzuklären, obwohl in dem Rentenantrag noch kein Antrag auf Leistungen zur Teilhabe zu sehen ist (nur umgekehrt: § 116 Abs. 2 SGB VI). Entsprechendes gilt für die Aufgaben der anderen Träger, z.B. der Krankenversicherung und der Unfallversicherung.

Die Anforderungen, die sich aus § 8 Abs. 1 SGB IX im Rentenverfahren ergeben, sind in gleicher Weise bei einem Antrag auf eine Leistung zur Teilhabe zu erfüllen. Ein Antrag auf Leistungen zur Teilhabe, z.B. eine stationäre Rehabilitation, verpflichtet den Träger umfassend alle Bereiche des § 5 SGB IX abzuklären, ohne Rücksicht auf die Zuständigkeit für die in Betracht kommenden Leistungen (§§ 8 Abs. 1 und 14 Abs. 5 Satz 5 SGB IX) und obwohl der Antrag auf die stationäre Rehabilitation regelmäßig noch nicht den Antrag auf die sonst noch angezeigten Leistungen enthält.

In beiden Verfahren sind außerdem die Möglichkeiten der Prävention zu prüfen.

3.4.1.2 Umfassende Beratung

Die beschriebene Aufgabenverknüpfung wirkt zurück auf die Beratungsebene. In dem Auftrag des § 8 SGB IX liegt zugleich die Verpflichtung, so früh wie möglich aufzudecken, wo die Probleme des behinderten Menschen liegen und sie mit ihm zu erörtern. Diesem Bedürfnis entspricht das Gesetz u. a. durch die Schaffung der Gemeinsamen Servicestelle; sie sollte soviel wie möglich genutzt werden. Außerdem sollten Behindertenverbände und Selbsthilfegruppen als weitere Beratungsmöglichkeiten immer auch benannt werden.

In jedem Fall ist zur Erfüllung der Aufgaben ein eingehendes Gespräch mit dem behinderten Versicherten erforderlich, in dem die Teilhabedefizite erfragt und dem behinderten Menschen die Möglichkeiten aufgezeigt werden, damit er entscheiden kann, welche Möglichkeiten er nutzen will.

Zugleich obliegt es den Sozialleistungsträgern in diesem Gespräch darauf hinzuwirken, dass ihre Leistungen auch nach den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit erbracht werden (z.B. §§ 13 SGB VI und 69 Abs. 2 SGB IV). Die Grundsätze ‚Reha vor Rente‘ und ‚Reha vor Pflege‘ sind nicht nur unter ethischen, sondern unter eben diesen Gesichtspunkten der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu sehen. Die Bürger in ihrer Rolle als Versicherte müssen darüber in Kenntnis gesetzt werden, um der Entwicklung einer unangemessenen Anspruchshaltung vorzubeugen. In aller Regel erweisen sich allerdings jene, die Erwerbsfähigkeit erhaltenden bzw. wiederherstellenden Leistungen zur Teilhabe als günstiger im Vergleich zu der über viele Jahre zu zahlenden Erwerbsminderungsrente.

3.4.1.3 Case-Management

Das Verfahren selbst stellt vielfältige und vernetzte Aufgaben. Der nach § 14 SGB IX leistungspflichtige Träger muss:

- Verschiedene Anspruchgrundlagen anderer Leistungsgesetze prüfen;
- mehrere Leistungen, u. U. auch Leistungen mehrerer Träger, vernetzen;
- neue Beratungsbedürfnisse und veränderte Entschlüsse der behinderten Menschen Rechnung tragen.

Deshalb kommt dem Case-Management eine besondere Bedeutung zu. Es muss so früh wie möglich und während des gesamten Verfahrens klar sein, wer den weiteren Verlauf zu steuern hat. Die Gemeinsame Servicestelle ist eine Einrichtung, die (jedenfalls in der Anfangsphase, u. U. auch darüber hinaus) diese Aufgabe übernehmen könnte.

3.4.1.4 Filterung der Rentenfälle, bei denen Leistungen zur Teilhabe in Betracht kommen

Zur Bewältigung der Anforderungen des § 8 Abs. 1 SGB IX ist es erforderlich frühzeitig aus der Masse der Erwerbsminderungsrentenfälle diejenigen herauszufiltern, bei denen Leistungen zur Teilhabe in Betracht kommen und erfolgversprechend sind. Es geht dabei einerseits darum, diejenigen zu ermuntern Leistungen zur Teilhabe in Anspruch zu nehmen, die diese Möglichkeit noch nicht erkannt oder in Betracht gezogen haben. Andererseits geht es darum, zur Entlastung der Verwaltung das Verfahren möglichst früh auf den Rentenanspruch zu beschränken, wo Leistungen zur Teilhabe keine Aussichten auf Erfolg bieten oder nicht gewollt werden.

Diese Aufgabe stellt sich im gesamten Verfahren, vornehmlich aber an zwei Stellen:

- beim qualifizierten Sachbearbeiter nach einem persönlichen Gespräch mit dem Versicherten, d. h. zum Schluss des Gespräches im Dialog mit diesem zusammen sollte eine Entscheidung möglichst getroffen werden.
- beim sozialmedizinischen Gutachter im Beratungsgespräch als Teil der Begutachtung, soweit ein Begutachtungsgespräch mit dem Versicherten in Bezug auf das Rentenverfahren notwendig ist.

Ein wichtiger Faktor ist unseres Erachtens die Motivation des Versicherten in Bezug auf eine Leistungen zur Teilhabe. Ohne die Motivation zur Mitwirkung haben Leistungen zur Teilhabe keinen Erfolg und dürfen nicht erbracht werden (§ 9 Abs. 4 SGB IX). Neben der objektiv zu beurteilenden Frage „Gibt es Leistungen zur Teilhabe die erfolgversprechend sind“ steht somit die vom Versicherten zu beantwortende Frage „bin ich bereit, erfolgversprechende Leistungen zur Teilhabe anzunehmen und in Bezug auf die Erfolgsaussichten mitzuwirken.“

3.4.2 Ablauf des Verfahrens im Einzelnen

- 3.4.2.1 Information und Beratung im Vorfeld der Antragstellung
- 3.4.2.2 Antragstellung und erste Prüfung
- 3.4.2.3 Erster Termin
- 3.4.2.4 Steuerung des weiteren Vorgehens durch den Sachbearbeiter
 - 3.4.2.4.1 Einleitung eines Reha-Verfahrens

- 3.4.2.4.2 Einschaltung des ärztlichen Dienstes
- 3.4.2.4.3 Vorlage zur Entscheidung beim Juristen
- 3.4.2.4.4 Einschaltung der Gemeinsamen Servicestelle

3.4.2.1 Information und Beratung im Vorfeld der Antragstellung

Der erfolgversprechendste Weg zur Vermeidung von Erwerbsminderungen sind die frühzeitige Wahrnehmung von sich anbahnenden Beschränkungen und frühzeitige Intervention.

Hier steht zunächst der einzelne Mensch in der Verantwortung. Er muss sich um Rat bemühen, wie den sich abzeichnenden Gefahren begegnet werden kann.

Information und Beratung durch den Hausarzt/Facharzt

Erster Ansprechpartner ist in der Regel der Hausarzt/Facharzt. Beratung und evtl. Verordnung angezeigter Leistungen zur Teilhabe gehört zum Berufsbild des Arztes (§ 2 Abs. 5 BÄO). Er trägt die Verantwortung für das rechtzeitige Hinwirken auf notwendige Maßnahmen wo er Bedarf erkennt. Die vertragsärztliche Versorgung umfasst ausdrücklich die Einleitung und Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierter Dienste in die Behandlungsmaßnahmen (§ 73 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 SGB V; s. auch § 61 Abs. 1 SGB IX). Dazu gehört die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 5 SGB V). Dazu gehört aber auch der Hinweis auf weitere Beratungsmöglichkeiten insbesondere durch die Gemeinsamen Servicestellen (§§ 22 ff. SGB IX). Dies ergibt einen Rückschluss aus § 61 Abs. 1 SGB IX.

Hervorzuheben ist, dass die Beratungsaufgabe des Arztes kontinuierlich besteht, also den gesamten Prozess der Erbringung von Leistungen begleitet.

Information und Beratung durch die betrieblichen Akteure

Viele Probleme mit Behinderungen ergeben sich aus der Arbeitssituation. Hierfür sind Betriebsarzt, Betriebsvertretung und Arbeitgeber und Schwerbehindertenvertretungen Ansprechpartner, aber auch verantwortlich.

Betriebsärzte haben die Arbeitnehmer zu untersuchen, arbeitsmedizinisch zu beurteilen und zu beraten (§ 3 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 ASiG). Sie haben auch den Arbeitgeber zu beraten, u. a. (§ 3 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 Buchstabe d und f ASiG) in

- arbeitsphysiologischen, arbeitspsychologischen und sonstigen ergonomischen sowie arbeitshygienischen Fragen, insbesondere des Arbeitsrhythmus, der Arbeitszeit und der Pausenregelung, der Gestaltung der Arbeitsplätze, des Arbeitsablaufes und der Arbeitsumgebung
- Fragen des Arbeitsplatzwechsels sowie der Eingliederung und Wiedereingliederung behinderter Menschen in den Arbeitsprozess.

Die Beratungspflicht gegenüber dem Arbeitnehmer ist nicht an Initiativen des Betroffenen gebunden, in der Regel liegt es aber bei dem Arbeitnehmer, sich an den Betriebsarzt zu wenden.

In gleicher Weise ist der Arbeitgeber verpflichtet, auf betriebsärztliche Untersuchungen hinzuwirken, wo dies geboten erscheint. Er muss sich u. U. bemühen, den Arbeitnehmer von der Notwendigkeit zu überzeugen.

Die Einschaltung des Betriebsarztes ist ein Teil eines Modells zur Bewältigung von Problemen bei bestehenden oder drohenden Behinderungen, das in § 84 Abs. 2 SGB IX vorgezeichnet ist. Dort ist dem Arbeitgeber aufgegeben, bei mehr als sechswöchiger ununterbrochener bzw. wiederholter Arbeitsunfähigkeit oder Gefährdung des Beschäftigungsverhältnisses aus gesundheitlichen Gründen die betrieblichen Vertretungsorgane einzuschalten. Diese schalten dann mit Zustimmung des Arbeitnehmers die Gemeinsame Servicestelle und bei schwerbehinderten Arbeitnehmern zudem das Integrationsamt ein. Diese Vorschrift ist weit zu verstehen, weil auch die von Behinderungen bedrohten Arbeitnehmer miterfasst werden. Die Gefährdung des Arbeitsverhältnisses ist also nicht nur auf aktuelle Gefährdungen zu beziehen; dieser Begriff umfasst auch langfristige Perspektiven.

Hierin liegt auch der Auftrag für den Betrieb insgesamt ein funktionierendes Gesundheitsmanagement aufzubauen. Dazu gehört vor Allem auch ein Klima, das Angst vor Verlust des Arbeitsplatzes bei Offenbarung von Schwierigkeiten zurückdrängt.

Die betriebliche Interessenvertretung und die Schwerbehindertenvertretung können von dem Arbeitnehmer auch direkt eingeschaltet werden. Die Interessenvertretung ist u. a. verpflichtet, sich den Belangen behinderter Menschen zu widmen (§ 80 Abs. 1 Nr. 4 BetrVG). Vor Allem aber kann sie auch fallübergreifend für ein funktionierendes Gesundheitsmanagement im Betrieb sorgen. Die Schwerbehindertenvertretung steht den schwerbehinderten Arbeitnehmern „beratend und helfend“ zur Seite (§ 95 Abs. 1 Satz 1 SGB IX).

Information und Beratung durch Sozialarbeiter

Weitere Anlaufstellen sind Sozialarbeiter in Krankenhäusern, Kliniken oder im Fürsorgebereich.

Information und Beratung durch Träger

Die Information und Beratung durch Träger im Vorfeld einer Antragstellung auf Erwerbsminderungsrente können einen wichtigen Beitrag dahingehend leisten, dass sich der Antragsteller mit seiner Situation und den sich daraus ergebenden Möglichkeiten rechtzeitig auseinandersetzt. Den Rehabilitationsträgern stehen hierfür generell die Wege der Aufklärung (§ 13 SGB I), Auskunft (§ 15 SGB I) und Beratung (§ 14 SGB I) zur Verfügung. Es sei an dieser Stelle daran erinnert, dass nicht nur die Auskunfts- und Beratungsstellen der Träger für die Beratung zur Verfügung stehen. Auch die durch sie eingerichteten Gemeinsamen Servicestellen und die sonstigen Stellen, die einen Erwerbsminderungsrentenantrag aufnehmen sind dem Beratungsangebot der Träger zuzurechnen.

Aufklärung zeichnet sich durch an die Allgemeinheit – und nicht auf eine Einzelperson – gerichtete Informationen, z.B. in Form von offiziellen Mitteilungen aus. Es wäre ohne größere Umstände möglich, den Versicherten in den neuerdings jährlich zu verschickenden Renteninformationen die dargelegten Grundsätze und Beziehungen der Rentenleistungen und der Leistungen zur Teilhabe untereinander nahe zu bringen. Dies muss noch nicht mit der Vermittlung von Detailkenntnissen verbunden sein. Es kommt in dieser allgemeinen Form darauf an, das Bewusstsein der Versicherten über die Bandbreite der vorhandenen Sozialleistungen zu schärfen (das zwischen Krankheit und Behinderung und der Erbringung von Erwerbsminderungsrente kein ‚Automatismus‘ besteht).

Informationsbroschüren gehören bereits zum Standardrepertoire der gesetzlichen Rentenversicherung und sind auch im Internet abrufbar. Insbesondere ist in diesem Zusammenhang auf die Broschüren ‚Renten an Versicherte wegen verminderter Erwerbsfähigkeit‘ und ‚Renten wegen Erwerbsminderung‘ hinzuweisen.

(Anmerkung: Beide Broschüren widmen sich allerdings inhaltlich fast ausschließlich dem Thema Erwerbsminderungsrenten. Es wird lediglich erwähnt, dass bei einem Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung gleichzeitig geprüft wird, ob Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und/oder Teilhabe am Arbeitsleben in Betracht kommen. Dies entspricht zudem nicht mehr der aktuellen Gesetzeslage, da nach § 8 Abs. 1 SGB IX bei einer im Zusammenhang mit Krankheit oder Behinderung stehenden Sozialleistung grundsätzlich die Zweckmäßigkeit aller Leistungen zur Teilhabe geprüft werden müssen.)

Der Weg zur Antragstellung auf Erwerbsminderungsrente zeichnet sich durch seine Individualität aus, was über die Aufklärung hinaus eine individuelle Auskunft und Beratung erforderlich macht. Auskünfte werden von den Rentenversicherungsträgern z.B. in Form von Vorträgen und Seminaren angeboten. Neben Informationsbroschüren und der Internetpräsentation bedienen sich die Rentenversicherungsträger weiterer Medien wie beispielsweise dem Radio.

In diesem Bereich muss allerdings noch viel getan werden, um insbesondere das Angebot für Menschen mit Verständigungsschwierigkeiten oder Konzentrationsstörungen, Analphabeten und vielen anderen Beeinträchtigungen, erreichbar zu machen. Für viele sind die Seminare keine verständlichen Angebote! Auch lese-ungeübte Menschen bzw. Ausländer haben Probleme mit einer Information über Broschüren. Hier wäre es angebracht, die wichtigen Informationen über das Fernsehen bzw. Video zu transportieren. Hier gäbe es viele verschiedene Varianten, z.B. den Einsatz von Fernseh- und Videogeräten in Warteräumen der Rentenversicherungsträger.

Beratung zeichnet sich zum einen durch ein Wissensgefälle zwischen den beteiligten Akteuren – die Berater und die zu Beratenden – aus. Zum anderen soll gerade der Wissensvorsprung der Berater die zu Beratenden in die Lage versetzen, eigenständig entscheiden und handeln zu können. Ohne auf verschiedene Beratungstheorien im Einzelnen einzugehen, sollen doch zumindest Stufen der Beratungstiefe angedeutet werden. Sie erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit, vermitteln aber einen Eindruck darüber, wie unterschiedlich die Beratung im Einzelfall ablaufen kann.

Mit der direkten informativen Gesprächsführung stellt sich eine Situation dar, die in erster Linie durch die Weitergabe von Fachwissen geprägt ist. Der Experte ist der Sender, der Versicherte der Empfänger dieses Wissens. Es bleibt im Wesentlichen dem Empfänger überlassen, wie er dieses neue Wissen nutzt.

Tiefgreifender ist die beratende Gesprächsführung. Die Experten sprechen hierbei zusätzliche Empfehlungen aus und beziehen personenbezogene psychosoziale Zusammenhänge in das Beratungsgespräch ein. Die Intensität der wechselseitigen Kommunikation nimmt deutlich zu.

Ergänzend integriert die Beratung am runden Tisch verschiedene Beratungskräfte (unterschiedlicher Disziplinen) und rückt die teamorientierte Arbeitsweise ganz in den Vordergrund. Auch wenn nicht davon ausgegangen werden kann, dass ein erstes Beratungsgespräch gleich im Rahmen eines solch runden Tisches durchgeführt wird, kann sich daraus zumindest ein solch komplexer Bedarf ergeben.

3.4.2.2 Antragstellung und erste Prüfung

Privatschriftliche Antragstellung beim Träger

Der Antrag auf Erwerbsminderungsrente ist nicht formgebunden (§ 9 SGB I). Es genügt, dass der Versicherte zum Ausdruck bringt, dass er aus gesundheitlichen Gründen eine Ren-

te begehrt.¹¹⁰ Der Antrag ist so auszulegen, dass dem geschilderten Bedürfnis des Antragstellers möglichst wirksam entsprochen wird.¹¹¹ Wenn die Willensäußerung nicht eindeutig ist, hat der Träger gem. § 16 SGB I auf Klarstellung hinzuwirken.

Angaben nach Eingang des Antrages:

- Feststellung des Antragsinhalts
- Feststellung des versicherungsrechtlichen Status
- Beiziehung sonstiger interner Unterlagen z.B. über Reha-Maßnahmen
- Entscheidung über die Zuständigkeit, soweit möglich; dazu u. U. kurze Aktenprüfung durch ärztlichen Dienst einholen, soweit die Zuständigkeit von medizinischen Fragen abhängt
- Dialog mit Antragsteller mit Hinweisen zur Ergänzung und/oder Umformulierung des Antrags, soweit zweckmäßig
- Übersendung der Antragsformulare und dazu hilfreicher Informationsbroschüren mit der Bitte, die Formulare so bald wie möglich auszufüllen und zurückzusenden (Hinweis: Maßgeblich ist der Zeitpunkt der Antragstellung nicht der Zeitpunkt, an dem dem Träger die ausgefüllten Formulare zugehen).
- Hinweis auf die Möglichkeit umfassender Beratung durch die Beratungsstelle oder die Gemeinsame Servicestelle, insbesondere auch bei Zweifelsfragen und Schwierigkeiten mit den Formularen.
- Gleichzeitig Aufforderung zur Beifügung der Unterlagen, die nach Lage des Falles nach gegenwärtigem Stand benötigt werden (Ärztliche Unterlagen, Selbstdarstellungen der Schwierigkeiten und Fragen zum letzten Arbeitsplatz, evtl. Fragen zum Versicherungsverlauf).

Angaben nach Eingang der ausgefüllten Formulare:

- Entscheidung über die Zuständigkeit, soweit noch nicht geschehen und unter Beachtung der Frist des § 14 SGB IX noch möglich
- Einladung zu einem ersten Gespräch bei der Beratungsstelle
- Anforderung weiterer Unterlagen, soweit erforderlich und die Einholung der Zustimmung zur Einholung benötigter Auskünfte Dritter.

Angaben bei Antragstellung über eine andere amtliche Stelle oder Rechtsberater

- Feststellung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen
- Anforderung von Unterlagen, die noch benötigt werden
- Entscheidung über die Zuständigkeit
- Kurzscreening des Beratungsbedarfs
- Einladung zu einem Beratungsgespräch bei der Beratungsstelle
- Hinweis auf Beratungsmöglichkeit durch die Gemeinsame Servicestelle

Einladung zum ersten Termin

¹¹⁰ s. zur Auslegung von Anträgen auf Sozialleistungen BSG, SozR 3100 § 35 BVG Nr. 1.

¹¹¹ BSG, SozR 3 5850 § 14 Nr. 2.

Die Einladung sollte enthalten

- einen Termin und die Aufforderung dort zu erscheinen
- die Aufforderung einen anderen Termin zu beantragen, wenn der genannte nicht passt
- den Hinweis, dass der Versicherte auch berechtigt ist, sich stattdessen unter Vorlage der Einladung bei der Gemeinsamen Servicestelle beraten zu lassen
- die Auflistung der Unterlagen, die mitzubringen sind
- gezielte Fragen, die sich aufdrängen oder Hinweise auf bestimmte beabsichtigte Besprechungspunkte
- weitere zweckmäßige Informationsbroschüren

3.4.2.3 Erster Termin

Ein persönliches Gespräch zwischen Sachbearbeiter und Versicherten im Laufe des Verfahrens ist Mindestvoraussetzung sachgerechter Antragsbearbeitung. Nur so kann die geforderte Dialogorientierung erfüllt werden, kann der Bedarf hinreichen ausgelotet und können Unsicherheiten des Antragstellers überbrückt werden. Auch der Antragsteller muss dies erkennen und entsprechend mitwirken.

Ein Gespräch ist auch dort erforderlich, wo die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht erfüllt sind; denn der Auftrag aus § 8 Abs.2 SGB IX wird durch den Antrag ausgelöst und entfällt nicht mit dessen Ablehnung.

Das Gespräch besteht grundsätzlich aus den Komponenten:

- Information und Beratung im Dialog mit dem Versicherten
- Erforderliche Einverständnisse / Zustimmungen hinsichtlich der Prüfung von Leistungen zur Teilhabe einholen
- Sachverhaltsaufklärung entsprechend einer Checkliste soweit für weitere Entscheidung von Bedeutung
- Besprechung des weiteren Vorgehens

Vom Antragsteller mitzubringen oder im Termin zu erfragen wären je nach Lage des Falles u. a.

- Selbstdarstellung über Teilhabestörungen und ihren Einfluss auf die berufliche Entwicklung und die gewünschte Lebensgestaltung
- Selbstdarstellung über die Entwicklung der Gesundheitsstörungen
- Selbstdarstellung über Schwierigkeiten am Arbeitsplatz
- Selbstdarstellung über Schwierigkeiten im täglichen Leben
- Selbstdarstellung durchgeführter Reha-Maßnahmen und beruflicher Förderungen, deren Erfolge und dort aufgetretener Schwierigkeiten
- Selbstdarstellung besonderer Interessen und besonderer Fähigkeiten
- Arztberichte soweit vorhanden oder kurzfristig zu beschaffen
- Unterlagen zur Klärung von Zweifelsfragen im Versicherungsverlauf.

Es können vorbereitet werden

- Anschreiben an den letzten und u.U. weitere Arbeitgeber zwecks Abklärung, welche Arbeit verrichtet wurde, welche Schwierigkeiten aufgetreten sind, welches Restleistungsvermögen vorhanden ist, welche Möglichkeiten der Wiedereingliederung in Betracht kommen mit Zustimmung des Antragstellers
- Schreiben an Betriebsärzte über den gesundheitlichen Verlauf im Arbeitsleben (dazu Entbindung der Ärzte von der Schweigepflicht)
- Schreiben an andere Träger, insb. Krankenkassen, mit Anfragen nach erbrachten Leistungen und erstellten Gutachten mit Zustimmung des Antragstellers
- Schreiben an die Arbeitsverwaltung nach dort erbrachten Leistungen und dort getroffenen Feststellungen mit Zustimmung des Antragstellers
- Schreiben an Reha-Einrichtungen und sonstige Ärzte über dort beobachtete Schwierigkeiten (dazu Entbindung von der Schweigepflicht)
- Selbsteinschätzung des Versicherten, seiner eigenen Arbeitsprognosen und seiner Erwartungen in Bezug auf Interventionen
- Vorfeldklärung zur Integrationsprognose
- Anfragen bei anderen Stellen und Dritten zur Klärung des Versicherungsverlaufs

Von dem Sachbearbeiter zu leisten sind:

- Eingehende Information über den Auftrag der §§ 8 Abs. 2 und 14 Abs. 5 Satz 5 SGB IX zur umfassenden Klärung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe
- Hinweis, dass es hier auch um Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft geht und – wo dies in Betracht kommt - auch um Vermeidung oder Beseitigung von Pflegebedürftigkeit
- Erörterung der eventuell in Betracht kommenden Möglichkeiten
- Einholung der Zustimmung des Antragstellers hierzu
- Evtl. Formulierung von Anträgen auf Leistungen zur Teilhabe oder Einholung der Zustimmung zu ihm vorgeschlagenen Leistungen
- Einholung des Einverständnisses zur Weiterleitung der Erkenntnisse über den Bedarf an Leistungen zur Teilhabe an einen anderen zuständigen Träger soweit noch kein Antrag gestellt werden soll.
- Herausfilterung der Fälle, in denen Leistungen zur Teilhabe erfolgversprechend sind (erste Filterstation)

3.4.2.4 Steuerung des weiteren Vorgehens durch den Sachbearbeiter

Nach der Sachverhaltsermittlung und Beratung im ersten Termin hat sich der Sachbearbeiter folgende drei Fragen zu stellen und mit dem Versicherten zu besprechen:

- Kommen Leistungen zur Teilhabe in Betracht
- Sind medizinische Fragen offen
- Ist die Sache reif zu Entscheidung

Diese Fragen wird sich der Sachbearbeiter auch in der dann folgenden Bearbeitung immer wieder stellen müssen. Es können mehrmalige Ab- und Rücksprachen zwischen den einzelnen Akteuren erforderlich werden, bis die Sache für die Entscheidung reif ist.

3.4.2.4.1 Einschätzung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe durch den Rentensachbearbeiter

Nachdem der Rentensachbearbeiter einer Checkliste, deren wichtigste Kriterien zuvor bereits genannt wurden, abgearbeitet und ein intensives Gespräch mit dem Versicherten geführt hat, muss er beurteilen, ob im vorliegenden Fall Leistungen zur Teilhabe in Betracht kommen. Wenn das seines Erachtens der Fall ist und eine Zustimmung des Versicherten zur diesbezüglichen weiteren Prüfung vorliegt, leitet der Rentensachbearbeiter das Reha-Verfahren ein, indem er den Reha-Sachbearbeiter informiert.

Wichtig ist, dass sich die beiden Sachbearbeiter in Bezug auf Ihre Verfahren auf dem Laufenden halten. Dies ist in der heutigen Zeit, wo man mit vernetzten Computern arbeitet, überhaupt kein Problem mehr. Außerdem erübrigt sich das Problem bei den Rentenversicherungen, bei denen die Erwerbsminderungsrenten- und Reha-Sachbearbeitung bereits zusammengelegt wurde.

Ebenso wichtig, aber schwieriger zu erreichen, ist, dass auf der einen Seite eine schnelle Begutachtung und auf der anderen Seite keine Doppelbegutachtung stattfindet.

Dies liegt insbesondere daran, dass die Vorschriften für die Begutachtung in Bezug auf Rentenverfahren sich von den Verfahren in Bezug auf Leistungen zur Teilhabe unterscheiden. Beim Verfahren in Bezug auf Leistungen zur Teilhabe müssen drei Gutachter dem Versicherten zur Wahl gestellt werden, wogegen es in Rentenverfahren ausreicht, wenn sich der ärztliche Dienst der Sache annimmt.

Soweit sich aus der bisherigen Bedarfsprüfung in Bezug auf Leistungen zur Teilhabe ergibt, dass keine Leistungen zur Teilhabe in Betracht kommen oder sich der Versicherte klar gegen eine solche Prüfung ausgesprochen hat, kommt eine weitere Prüfung in Bezug auf Leistungen zur Teilhabe nicht in Betracht. In diesen Fällen erteilt der Sachbearbeiter dem ärztlichen Dienst einen Gutachtensauftrag zur Klärung der Erwerbsminderung.

Soweit ein Antrag auf Leistungen zur Teilhabe bereits vorliegt, wird die Reha-Abteilung in Kenntnis gesetzt und von dort wird ein Gutachten in Bezug auf Leistungen zur Teilhabe in Auftrag gegeben. Dem Antragsteller sind drei Gutachter zur Auswahl zu benennen. Der Gutachtensauftrag hat dann auch die Rentenfrage mit zu enthalten.

Soweit der Bedarf an Leistungen zur Teilhabe weiterhin zu prüfen ist, aber noch kein Antrag auf Leistungen zur Teilhabe vorliegt, ist noch ungeklärt, ob dem Versicherten drei Gutachter zur Auswahl zu benennen sind oder der ärztliche Dienst zunächst mit der Sache befasst wird oder man dem Versicherten die Wahl zwischen diesen beiden Alternativen überlässt.

3.4.2.4.2 Einschaltung des ärztlichen Dienstes

Nachdem die für die ärztliche Begutachtung wichtigen Unterlagen eingegangen sind, ist in der Regel der ärztliche Dienst einzuschalten.

Es ist wichtig, dass zuvor möglichst viele der Auskünfte und Unterlagen vorliegen, damit der Arzt konkrete Vorstellungen über den Hintergrund erhält und das Gespräch mit dem Antragsteller strukturiert und entlastet wird.

Wichtig sind auch gezielte Fragestellungen im Gutachtensauftrag.

Folgende Aufgaben des Arztes sind hervorzuheben:

- Der Arzt muss die Akte nach Durchsicht an den Sachbearbeiter zur weiteren Aufklärung spezieller Fragen zurückgeben, soweit seines Erachtens die Beantwortung dieser Fragen für die Beurteilung der medizinischen Fragestellung erforderlich bzw. zweckmäßig ist
- Der Arzt muss im Übrigen in eigener Verantwortung und nach entsprechender Erörterung mit dem Versicherten entscheiden, inwieweit Leistungen zur Teilhabe möglich wären, gewollt werden und auch hinreichenden Erfolg versprechen (zweite Filterstation); daraus ergibt sich, wie umfangreich er das Gutachten anlegt
- Der Arzt muss dem Sachbearbeiter einen Hinweis geben, wenn er der Ansicht ist, dass Fragen vom Sachbearbeiter nicht gestellt wurden, die er auf Grund
 - a) der Durchsicht der Akten oder
 - b) auf Grund des Gespräches mit dem Versichertenfür maßgeblich, in Bezug auf die Beurteilung der Erwerbsminderungsrente bzw. der Leistungen zur Teilhabe hält.

Es ist also nicht nur der Dialog zwischen Sachbearbeiter und Versichertem wichtig, sondern auch der Dialog zwischen allen Akteuren der Rentenversicherung, die bei der Entscheidungsfindung mitwirken.

3.4.2.4.3 Vorlage zur Entscheidung beim Juristen

Soweit die Sache zur Entscheidung reif ist, wird die Akte dem Juristen vorgelegt. Dies kann in manchen Fällen schon recht früh geschehen, z.B. wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen fehlen oder der Anspruch auf Erwerbsminderungsrente klar gegeben ist. Es kann aber auch der letzte Akt nach einer umfangreichen Ermittlungsarbeit des Sachbearbeiters und nach Einholung aller erforderlicher Gutachten sein.

Der Jurist muss dem Sachbearbeiter für Rücksprachen in der Sache natürlich immer zur Verfügung stehen, da er die rechtlichen Voraussetzungen der Leistungsansprüche kennt, an denen sich die Sachverhaltsermittlung orientieren muss. Wenn also hier Unklarheiten bestehen, muss der Sachbearbeiter auch Zwischenentscheidungen des Juristen einholen.

Ebenso muss der Jurist die Akte an den Sachbearbeiter zurückgeben, wenn er feststellt, dass – entgegen der Beurteilung des Sachbearbeiters – doch noch Fragen offen sind, die vor der Entscheidung ermittelt werden müssen. Er hat dem Sachbearbeiter dann natürlich klare Angaben zu machen, was noch einzuholen ist.

3.4.2.4.4 Einschaltung einer Gemeinsamen Servicestelle

Auf die Bedeutung der Gemeinsamen Servicestellen als neue Beratungsinstitution aller Rehabilitationsträger und ihre vielfältigen Aufgaben ist bereits an mehreren Stellen des Verfahrensablaufs hingewiesen worden. An dieser Stelle geht es um ihre konkrete Einbindung in das Verfahren, wie es in diesem Abschnitt vorgestellt ist. Die Gemeinsamen Servicestellen bieten ein zusätzliches Beratungsangebot an. Die EM-Antragsteller können also nicht durch den Rentenversicherungsträger gegen ihren Willen dorthin verwiesen werden. Allerdings finden die EM-Antragsteller hier eine Institution, die sich auf jeden Fall mit dem Anliegen ‚Leistungen zur Teilhabe‘ beschäftigen muss. Gerade die Schwere eines Falles und die damit verbundene Aussichtslosigkeit der Rückkehr in das Arbeitsleben kann für den Mitarbeiter der Rentenversicherung kein Argument dafür sein, von dem Hinweis auf eine Gemeinsame Servicestelle abzusehen. Vielmehr können u. U. Leistungen zur Teilhabe von einem anderen Rehabilitationsträger erbracht werden (z.B. von der Krankenkasse, um Pflegebedürftigkeit zu verhindern) oder Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, was auf Grund des § 8 SGB IX stets zu überprüfen ist.

Im Folgenden gilt es zu erörtern, an welchen Stellen des Verfahrens (vgl. hierzu Abb. 3.4.3) ihre Einbeziehung lohnenswert erscheint. Grundsätzlich sollte eine Falldokumentation für die nachfolgenden Stellen im Verfahrensablauf festhalten, ob Hinweise auf die Gemeinsamen Servicestellen gegeben wurden und wie die EM-Antragsteller darauf reagiert haben. Die nachfolgenden Stellen können diese Informationen aufgreifen und beim Antragsteller nachfragen, ob bereits ein Besuch in der Gemeinsamen Servicestelle stattgefunden hat. Dieses Vorgehen kann sich auch positiv auf den Antragstellenden auswirken. Er bekommt vermittelt, dass man sich mit dem Stand seines Verfahrens auskennt und ein entsprechendes Interesse daran hat. Die Frage, ob die Gemeinsame Servicestelle aufgesucht wurde und durch sie das Anliegen hinsichtlich der Leistungen zur Teilhabe weiter betreut wird, kann darüber hinaus die Aufgaben des Sachbearbeiters der Rentenversicherung verändern/reduzieren. Er bearbeitet dann das Rentenanliegen des Antragstellers, ist aber nicht für den Bereich der Leistungen zur Teilhabe zuständig. Entsprechend müssen er und die Gemeinsame Servicestelle miteinander kooperieren, um z.B. doppelte Begutachtungen zu vermeiden.

Die Punkte des Ablaufs im Einzelnen (s. Kap 3.4.3):

Zu 2. Antragstellung und erste Prüfung: Ein erster direkter Hinweis auf die Gemeinsamen Servicestellen durch den Rentenversicherungsträger kann mit dem Begehren auf eine Erwerbsminderungsrente abgegeben werden. Hiermit muss nicht zwangsweise ein konkreter Antrag gemeint sein. Es kommen auch Fälle in Betracht, in denen die potentiellen Antragsteller z.B. die Unterlagen eines EM-Antrags telefonisch anfordern oder persönlich in der Geschäftsstelle einer LVA/BfA bzw. einer anderen antragsaufnehmenden Stelle (z.B. Versicherungsämter) abholen. Idealerweise wird dem eigentlichen EM-Antragsformular ein knappes Info-Blatt beigelegt, in dem sich Informationen über Sinn und Zweck der Gemeinsamen Servicestellen wiederfinden lassen. Diese sollte auch bei der Antragstellung per Internet technisch umsetzbar sein. Mithin ist der Hinweis auf Gemeinsame Servicestellen immer bei der Antragstellung über eine amtliche Stelle oder einen Rechtsberater zu sichern.

Bei formloser Antragstellung, aber auch bei Antragstellung über andere Stellen, sollte im Zusammenhang mit der Eingangsbestätigung und der Anforderung weiterer Unterlagen auf das Angebot der Gemeinsamen Servicestelle hingewiesen werden. Unter Umständen kann, wenn sich Klärungsbedarf abzeichnet, angeregt werden, die anstehenden Fragen alsbald mit der Gemeinsamen Servicestelle zu besprechen.

Zu 3. Einladung zum ersten Termin: Die schriftliche Einladung zu einem Beratungsgespräch erfolgt auf jeden Fall, wobei standardmäßig ein Hinweis auf die Gemeinsamen Servicestellen beigelegt werden sollte. Schon bei der ersten Prüfung kann sich ggf. herausstellen, dass der Rentenversicherungsträger nicht zuständig ist (weder Rente, noch Leistungen zur Teilhabe). In diesen Fällen kann sich das Beratungsgespräch des Sachbearbeiters der Rentenversicherung evtl. erledigen, wenn der Antragsteller eine Gemeinsame Servicestelle aufsucht und in seinem weiteren Anliegen von ihr beraten und unterstützt wird. Auf diese Weise kann auch der Sachbearbeiter der Rentenversicherung entlastet werden. Entsprechende Rückkopplungen zwischen ihm und der Gemeinsamen Servicestelle stellen die Voraussetzung hierfür dar.

Zu 4. Erster Termin: Die mit diesem ersten Gespräch verbundenen ausgiebigen Informations- und Beratungspflichten beinhalten auch einen (erneuten) Hinweis auf die Gemeinsamen Servicestellen. Dies erscheint besonders wichtig, wenn ein solcher Hinweis bisher nicht gegeben wurde oder noch Unklarheiten über deren Aufgabenbereich herrschen. Es ist außerdem möglich, dass die Zuständigkeitsprüfung noch nicht innerhalb dieses Gesprächs geklärt werden kann. Eine nachträgliche Prüfung könnte ergeben, dass sich der Rentenversicherungsträger nicht als der zuständige Träger für die im Gespräch angedachten Rehabilitationsleistungen herausstellt. Auf diese Möglichkeit sollte schon in dem Gespräch hingewiesen werden. Mit dem Hinweis auf die Gemeinsame Servicestelle wird dem Antragsteller aber auf jeden Fall die richtige Anlaufstelle genannt, die sich um eine solche Problematik kümmern muss.

Zu 5. Steuerung des weiteren Vorgehens: Bei der Prüfung, ob Leistungen zur Teilhabe in Betracht kommen, wird es u.U. notwendig, nicht nur den Reha-Fachberater der Rentenversicherung zu kontaktieren, sondern gerade bei Leistungen, für die andere Rehabilitationsträger zuständig sind, die Gemeinsame Servicestelle einzubeziehen.

Mit der Einschaltung des ärztlichen Dienstes kann der bis dahin evtl. noch nicht in Erwägung gezogene Rehabilitationsbedarf offen zu Tage treten. U. U. weicht der EM-Antragsteller von seinem Rentenvorhaben ab und orientiert sich um, auf Leistungen zur Teilhabe. Selbst in diesem Fall kann es sich als vorteilhaft erweisen, die Gemeinsame Servicestelle einzuschalten, sofern der Antragsteller damit einverstanden ist und mit der Übertragung des Falles eine Beschleunigung des Verfahrens zu erwarten ist. Das ist insbesondere dann wahrscheinlich, wenn für die Leistungen zur Teilhabe ein anderer, aber noch nicht ausfindig gemachter Rehabilitationsträger als die Rentenversicherung zuständig ist.

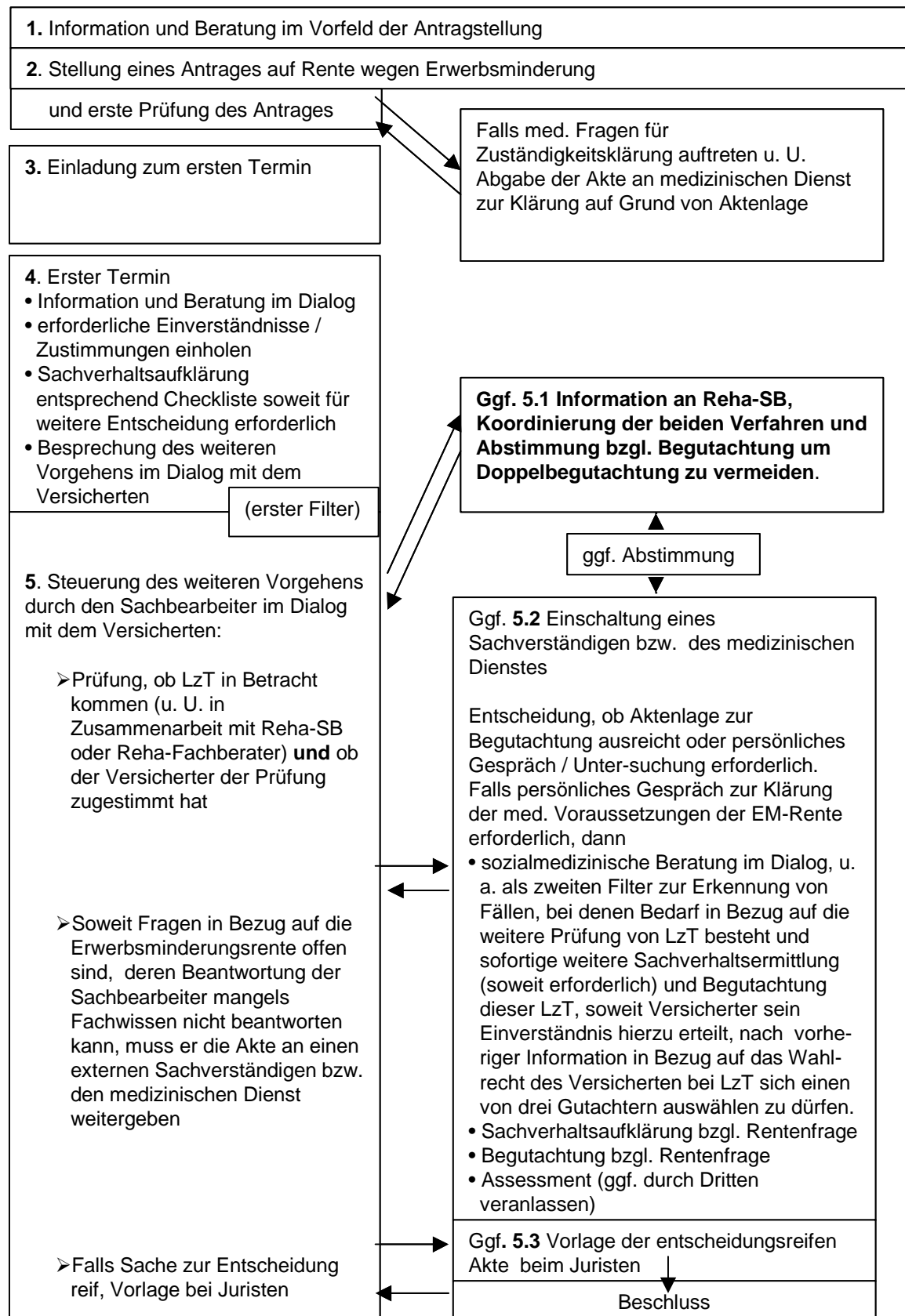
Mit dem Ablehnungsbescheid in Rentenverfahren sollte neben Begründung der Ablehnung nochmals auf die Gemeinsamen Servicestellen hingewiesen werden. Dies sollte auch in den Fällen geschehen, in denen die Prüfung nach § 8 Abs. 1 SGB IX noch läuft oder ergeben hat, dass zurzeit Leistungen zur Teilhabe nicht in Betracht kommen. Schließlich kann davon ausgegangen werden, dass die Antragsteller ein, wie auch immer geartetes, körperliches Leiden aufweisen, was auch nach der Ablehnung fortbesteht und eventuell später weitere Beratung erfordert.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich die Einbeziehung bzw. Fallübernahme durch die Gemeinsame Servicestelle quasi im gesamten Verlauf des Verfahrens anbietet. Wichtig ist eine Dokumentation, aus der, für die jeweils für die Einbeziehung Verantwortlichen ersichtlich wird, wie intensiv schon über das Thema Gemeinsame Servicestellen gesprochen wurde. Eine penetrante Erinnerung an dieses Beratungsangebot wird eher nicht zu mehr Akzeptanz, sondern zur Ablehnung führen.

3.4.3 Kurzübersicht über den Ablauf des Verfahrens

Sachbearbeiter

Abgabe an andere Beteiligte



3.4.4 Entwurf eines Ablaufplans in Zusammenarbeit mit Vertretern verschiedener Rentenversicherungsträger

Antragstellung

Bei den verschiedenen Anlaufstellen für die EM-Antragsaufnahme (z.B. A- und B-Stellen der GRV sowie deren Versichertenälteste, aber auch andere Träger) besteht die erste Möglichkeit eines erweiterten Gesprächs. Die bisherige Praxis konzentriert sich zu sehr auf die reine Abwicklung des EM-Antrags. Ziel muss eine im Dialog erfasste umfassendere Analyse der Situation des Antragstellers sein, wofür u. a. folgende Instrumente vorgeschlagen werden:

- erweiterter Einsatz von Selbsteinschätzungsbögen
- erste Information bzgl. Leistungen zur Teilhabe
- Fragen auf den Antragsformularen müssen sich auch auf mögliche Leistungen zur Teilhabe beziehen
- Erfassung bereits in der Vergangenheit erbrachter Leistungen zur Teilhabe

Das Ergebnis dieses ersten Dialogs muss die persönliche Sicht des Antragstellers sowie die Hintergründe, die zur Antragstellung geführt haben, verdeutlichen. Im optimalen Fall kann z.B. mit Hilfe der Selbsteinschätzungsbögen das Selbstkonzept des EM-Antragstellers bzgl. seiner Erwerbsfähigkeit zum Zeitpunkt der Antragstellung erkannt und die Motivation zu Leistungen zur Teilhabe entweder daraus abgeleitet oder direkt erfragt werden. Anschreiben an weitere Stellen, die zur Sachverhaltsklärung dienen können, sind mit Zustimmung des Antragstellers so früh wie möglich zu erstellen (z.B. Anfrage an den Arbeitgeber bezüglich des Arbeitsplatzes und der Arbeitsbedingungen oder den Hausarzt wegen der gesundheitlichen Einschränkungen). Diese Vorgehensweise bereits zu Beginn des Verfahrens kann für mehr Transparenz und für deutlichere Hinweise für die weitere Gestaltung des Verfahrens sorgen.

Begutachtung

Ein Begutachtungsgespräch ist nicht obligatorisch. In eindeutigen Fällen, in denen nach Aktenlage über die EM-Rente und die Erfolgsaussichten von Leistungen zur Teilhabe entschieden werden kann, ist ein Begutachtungsgespräch nicht erforderlich. Unklar bleibt, wann ein Fall derart eindeutig ist.

Die sozialmedizinische Begutachtung wird von Seiten der Rentenversicherungsträger als ein zentrales Element in dem gesamten Verfahrensablauf angesehen. Gerade das Gespräch des Arztes mit dem Versicherten über seine Möglichkeiten stellt eine Chance dar gegebenenfalls den Versicherten für Leistungen zur Teilhabe zu motivieren, da der Arzt oft als Vertrauensperson angesehen wird. Zudem kann der Arzt auf Grund seiner Feststellungen im Untersuchungstermin am besten auf Fragen und Erwiderungen des Versicherten eingehen. Die Rentengutachten, die derzeit mit ca. 90 Minuten angesetzt werden, bräuchten dann mehr Zeit. Außerdem müssten aus den Gutachten stärker hervorgehen, welche Bereiche nicht Gegenstand der Untersuchung gewesen sind.

Die Bedeutung liegt somit vornehmlich in der Chance, den EM-Antragsteller durch das Aufzeigen von noch vorhandenen Möglichkeiten (Rehabilitationspotential) von dem ursprünglichen Anliegen (EM-Rente) auf die Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe umzustimmen. Dies kann u.a. durch folgende Punkte erreicht werden:

- Nutzung der bei der erweiterten Antragsaufnahme eingegangenen Informationen
- Es ist zu prüfen, inwieweit durch diese Informationen die medizinische Sachverhaltsermittlung durch den medizinischen Assistenten ausgeweitet werden muss (z.B. Einholen von weiteren Gutachten, die bei anderen Trägern erstellt worden sind)
- Besprechung der Möglichkeiten bzgl. Leistungen zur Teilhabe mit dem Versicherten

- Einer – möglicherweise durch unzureichende Beratungsaktivitäten anderer Träger geförderte – Defizitorientierung der EM-Antragsteller kann durch das Aufzeigen von Fähigkeiten durch die Begutachtung begegnet und deren Motivation in Richtung Leistungen zur Teilhabe verbessert werden

Die intensivere Berücksichtigung und Betonung der Möglichkeiten von Leistungen zur Teilhabe in der sozialmedizinischen Begutachtung kann dazu beitragen, den EM-Antragsteller für dieses Thema zu sensibilisieren. Wichtig ist auch die Erstellung von Fähigkeitsprofilen in Bezug auf Fragen der Motivation zu schärfen. Die Erfolgsaussichten von Leistungen zur Teilhabe hängen nämlich wesentlich von der Motivation des Versicherten ab. Bei Berücksichtigung der angeführten Punkte und Ausführungen wird sich die Ausrichtung der sozialmedizinischen Begutachtung somit ändern.

Entscheidung durch den Dezernenten

Neben der Entscheidung über den Antrag auf Erwerbsminderungsrente ist verstärkt vom Dezernenten zu entscheiden, ob in jedem Einzelfall die Möglichkeiten von Leistungen zur Teilhabe ausreichend berücksichtigt worden sind. Neben der Entscheidungsfunktion kommt dem Dezernenten damit nun auch eine qualitätssichernde Funktion innerhalb des Verfahrens zu. Kommt er zu dem Schluss, dass Leistungen zur Teilhabe Aussicht auf Erfolg haben, erfolgt die Abgabe an den Reha-Fachberater und eine entsprechende Mitteilung an den EM-Antragsteller.

Ihm stehen durch die umfangreichere Informationseinholung mehr Möglichkeiten zur Verfügung, die Erfolgsaussichten von Leistungen zur Teilhabe nach Aktenlage einzuschätzen.

Abgabe der Sache an den Reha-Fachberater

Während bei den vorangegangenen Verfahrensschritten die Themen medizinische Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe und gegebenenfalls Prävention noch nicht näher spezifiziert wurden, erfolgt in diesem Schritt zusammen mit dem Betroffenen eine gemeinsame Erörterung, welche Form von Leistungen zur Teilhabe dem individuellen Anliegen am ehesten gerecht werden und erfolgversprechend sind. Tragendes Prinzip ist auch hier wiederum der Dialog. Der Reha-Fachberater wird somit zum immanenten Bestandteil eines EM-Verfahrens, bei dem sich durch eine intensive Prüfung herausstellt, dass statt einer EM-Rente Leistungen zur Teilhabe angezeigt sind.

Die Gründe, die für diesen Ablaufplan sprechen sind:

- Die Beratungsaktivitäten können auf den Termin bei Antragsaufnahme konzentriert werden.
- Vor weiteren Beratungen in Richtung Reha kann zuerst eine Begutachtung durchgeführt werden, deren Ergebnis mit dem Antragsteller mit dem Ziel diskutiert werden kann, eine gemeinsame Sicht des verbliebenen Leistungsvermögens zu entwickeln.

3.5 Leitgedanken für die Begutachtung im Rahmen der EM-Renten-Antragsstellung unter Einbeziehung von Aspekten der Teilhabe

In diesem Kapitel werden Leitgedanken für die Erstellung von Gutachten bei Anträgen auf Renten wegen Erwerbsminderung angeführt. Außerdem wird ein vom BSG beschlossenes Urteil, was das Verhältnis zwischen Krankheits- und Leistungsdiagnostik thematisiert, vorgestellt.

Eine differenzierte, Chancen und Risiken des betroffenen Klienten abwägende, die Erwerbsminderung kritisch beleuchtende und einstufoende Begutachtung kann die Aspekte der Teilhabe nicht unbeachtet lassen. Daher ist im Rahmen des Gutachtenprozesses ein Bild der Aktivitäten, der Funktion und Partizipation unter Einbeziehungen der personbezogenen Kontext- und Umweltfaktoren erforderlich und zu Entscheidungszwecken für den Träger zu dokumentieren. Aus diesem „Bild-Mosaik“ muss die spezifische Fragestellung des Rentenversicherungsträgers bezüglich des Antrages auf Erwerbsminderung beantwortet werden.

Der Gutachtauftrag konzentriert sich jedoch auf die Fragestellung des quantitativen Leistungsvermögens als primären Faktor. Eine auf den Parameter Zeit reduzierte Leistungsbeurteilung ohne Spezifikation der Leistung/Tätigkeit wird als hochproblematisch eingeschätzt. Eine Leistungsbeurteilung kann letztendlich nur objektiv sein, wenn ein einheitlicher Beurteilungsmaßstab verwendet wird. Ein einheitlicher Maßstab, an dem die quantitative Leistungsfähigkeit des Betroffenen „gemessen“ werden soll, steht jedoch nicht zur Verfügung. Begutachtet werden soll bezüglich der Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes, die jedoch nicht ausreichend spezifiziert sind. Zwangsläufig leidet darunter die Präzision und Objektivität der Aussage zum Leistungsvermögen.

Eine gängige Hilfskonstruktion ist, dass häufig im Gutachten Tätigkeiten beschrieben werden, wie sie auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vorkommen können und denen die Leistungsfähigkeit des Betroffenen entsprechen könnte. Solange eine Konkretisierung des Beurteilungsmaßstabs zum Zweck der Optimierung nicht weiterentwickelt wird, wird diese Hilfskonstruktion unvermeidbar bleiben.

Unter der Vorstellung, im Begutachtungsprozess weitere objektivierbare Merkmale für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit einzufügen, wurde in Deutschland, Europa und in anglo-amerikanischen Ländern beobachtet, wie denn bei Eingliederung und Rehabilitationsfragen die Beurteilung der Leistungsfähigkeit vorgenommen wird. Hier stößt man auf eine Fülle von Assessmentinstrumenten, die gesondert dargestellt werden. Das Profiling und Matching setzt sich auch in Deutschland durch und es scheinen sich bestimmte Verfahren, Instrumente und Methoden herauszukristallisieren.

Unter dem Ziel, Leitgedanken zu formulieren, werden hier zunächst grundsätzliche Erwägungen angestellt:

Um Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Gutachten für Entscheidungsträger und Betroffenen zu verbessern, sollte die Stellungnahme über die **Erwerbsfähigkeit** (d.h. einer quantitativen Leistungsfähigkeit von mind. 6 Stunden) durch den Profilvergleich zwischen Leistungsprofil des Versicherten und Anforderungsprofil des allgemeinen Arbeitsmarktes bzw. einer Tätigkeit, die der Versicherte auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch ausüben kann, ergänzt werden.

Geht der Gutachter von einer **geminderten Erwerbsfähigkeit** aus, so sollte er im Weiteren bei seiner Stellungnahme auf folgende Profilvergleiche Bezug nehmen:

- *bei bestehendem Arbeitsverhältnis:* zwischen Leistungsprofil des Versicherten und Anforderungsprofil der zuletzt ausgeübten Tätigkeit unter Berücksichtigung von Veränderungsmöglichkeiten der zuletzt ausgeübten Tätigkeit und
- zwischen Leistungsprofil des Versicherten und Anforderungsprofil einer Teilzeittätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes, die der Versicherte noch ausüben kann.

Da bisher in der Regel keine entsprechenden Anforderungsprofile vorliegen, setzen diese Profilvergleiche voraus, dass der Gutachter gemeinsam **mit dem Antragsteller die notwendigen Informationen erhebt** (diese Aufgabe kann ggf. in Teilen bereits der Sachbearbeiter erledigen). Hierzu zählen Fragen wie z.B.:

- Welche Tätigkeiten führen Sie am Arbeitsplatz aus?
- Bei welchen Tätigkeiten haben Sie Probleme?

- Gibt es Kompensationsmöglichkeiten für Sie, etwa durch Hilfsmittel, Kollegen, Variationen der Arbeitsaufgabe?

Neben verschiedenen Verfahren der Arbeitsplatzanalyse (s. www.assessment-info.de) kann das Profilvergleichsverfahren IMBA die Erhebung von Anforderungsprofil und Leistungsprofil sowie den Profilvergleich.

Der Gutachter sollte alles entsprechend dokumentieren und dazu Stellung nehmen, ob Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Frage kommen und/oder ob eine Teilzeittätigkeit zumutbar ist.

Erwerbsminderung von 3-6 Stunden → Teilzeittätigkeit und Beratung

Geht der Gutachter von einer *teilweisen* Erwerbsminderung aus, so ist ergänzend zu klären, inwieweit bereits mit dem Arbeitgeber bzgl. der Einrichtung einer Teilzeittätigkeit gesprochen wurde. Wünschenswert wäre weiterhin, dass er den Antragstellern, mit einem GdB über 50 (also Schwerbehinderte), eine ausführliche Beratung über die spezifische Möglichkeiten als Schwerbehinderter beim Integrationsamt empfiehlt. Denn als Schwerbehinderter hat der Betroffene grundsätzlich gesetzlich einen Anspruch auf einen Teilzeitarbeitsplatz.

Bei den Überlegungen der Einrichtung eines Teilzeitarbeitsplatzes durch den Arbeitgeber darf nicht unberücksichtigt bleiben, wie der Antragsteller selbst die Möglichkeiten einschätzt. Dabei stellt sich nicht nur die Frage, wie er die Aufgeschlossenheit des Arbeitgebers und der Kollegen hinsichtlich einer derartigen Maßnahme einschätzt, sondern auch, inwieweit psychosoziale Belastungen bei möglichen Widerständen durch das Arbeitsumfeld für den Betroffenen tolerierbar und zumutbar sind.

Dem Rentenversicherungsträger obliegt die Aufgaben, wem er im Gutachtenprozess die weitere Ermittlung und Beratung zuweist.

Erstellung des Leistungsprofils

Für die **Erstellung des arbeitsbezogenen Leistungsprofils** ist ggf. der Einsatz spezieller Testverfahren der Aktivitätsdiagnostik hilfreich. Der Einsatz ist insbesondere indiziert, wenn aus Aktenlage, Anamnese sowie den klinischen Untersuchungsbefunden, Aktivitätsbild und insbesondere das arbeitsbezogene Leistungsprofil unklar, d. h. unzureichend für die Beantwortung der weitreichenden Fragestellung ist. Dies kann z.B. auch der Fall sein, wenn wenig aktuelle Daten über die Leistungsfähigkeit der Person vorliegen. Weiterhin kann bei erheblicher Diskrepanz zwischen der Selbst- und Fremdeinschätzung des arbeitsbezogenen Leistungsprofils die durch Instrumente gestützte Aktivitätsdiagnostik indiziert sein.

Für die Erstellung des Leistungsprofils sowie für die Prüfung, ob die Leistungsfähigkeit für eine Teilzeittätigkeit ausreicht oder ob die Leistungsfähigkeit durch Interventionsmaßnahmen positiv verändert werden kann, ist es notwendig **Belastbarkeit, Regenerationsfähigkeit sowie Kompensationsfähigkeit und -potential** einzuschätzen.

Selbsteinschätzung

Alle Stellungnahmen des Gutachters sollten durch die subjektive Einschätzung des Antragstellers ergänzt werden. Dies bezieht sich demnach auf:

- Leistungsprofil – Selbstkonzept der Leistungsfähigkeit
- Über- und Unterforderungen – Profilvergleiche (und zwar in Bezug auf Leistungsprofil – konkreter Arbeitsplatz bzw. Leistungsprofil – exemplarische Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarkts)
- Einrichten eines Teilzeitarbeitsplatzes – bei bestehendem Arbeitsverhältnis

- Rehabilitations- und Präventionsbedarf.

Entscheidungen des Bundessozialgerichts zum Verhältnis von Diagnose und Leistungsbeurteilung¹¹²

Das Verhältnis von Krankheits- und Leistungsdiagnostik ist nicht nur Gegenstand wissenschaftlicher Betrachtungen, sondern spiegelt sich auch in der Praxis, z.B. bei der Rechtsprechung, wider. So werden in einem Urteil des Bundessozialgerichts vom 9. April 2003 (B 5 RJ 36/02 R) die zentralen Aussagen getroffen, dass

1. es im Rahmen einer Rentenbegutachtung für die Feststellung des (Rest-) Leistungsvermögens in der Regel letztlich nicht darauf ankommt, welche Diagnose gestellt werden kann, wenn nur Art und Ausmaß der Leistungsfähigkeit verlässlich erfasst wird,
2. jedoch ein Gutachten auf psychiatrischem oder psychologischem Fachgebiet regelmäßig durch die Diagnose beeinflusst wird.

Streitpunkte des Falles sind letztendlich das Vorliegen und die Folgen einer Fibromyalgie. Die Klägerin war Fabrikarbeiterin, seit 1995 ist sie arbeitsunfähig. Ihr Antrag auf Rente wegen Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit wurde abgelehnt; die Klage hatte keinen Erfolg. Das Sozialgericht hatte einen Facharzt für Neurologie und Psychiatrie (Dr. B.) gehört. Dieser stellte am 2.8.1999 ein HWS und ein LWS-Syndrom fest und außerdem Dysthymie, Panikstörungen mit leichter Agoraphobie bei asthenischer ängstlicher Persönlichkeit. Er hielt die Klägerin für vollschichtig arbeitsfähig. Die Klage wurde dementsprechend abgewiesen. Im Berufungsverfahren hat das Landessozialgericht den Internisten und Rheumatologen Dr. R. als Sachverständigen gehört. In seinem Gutachten vom 4.12.2000 stellte er neben den Diagnosen chronische Polyarthrit, Arthrose und Hypertonie die Diagnose Fibromyalgie. Auch er hielt aber die Klägerin für vollschichtig einsatzfähig. Dem gegenüber machte die Klägerin geltend, dass der Sachverständige nur die Diagnose auf internistischem Fachgebiet berücksichtigt habe, nicht aber die neurologisch-psychiatrischen Einschränkungen. Das Landessozialgericht hat dennoch die Berufung zurückgewiesen mit dem Hinweis, die neurologisch-psychiatrischen Einschränkungen seien 1999 von Dr. B. fachärztlich untersucht und für nicht schwerwiegend angesehen worden. Mit der Revision wurde gerügt, dass das Gutachten Dr. B. zu lange zurückliege und auch nicht die Diagnose einer Fibromyalgie berücksichtige. Deshalb habe dem Gutachter das gesamte Verhalten und Erleben der Patientin in der Begutachtungssituation in einem unzutreffenden Licht erscheinen müssen.

Das Bundessozialgericht hat sich dem angeschlossen und entschieden, dass nach Auftauchen der neuen Diagnose zumindest eine Rückfrage bei Dr. B. hätte erfolgen müssen. Als Grund sieht das Bundessozialgericht die herausragende Bedeutung der Diagnose für Begutachtungen auf psychiatrischem und psychologischem Fachgebiet.

Bedeutung/Kritik:

Wie bereits erwähnt, kommt es im Rentenrecht auf die Feststellung der Leistungsfähigkeit und nicht unbedingt auf die Ursache der festgestellten Einschränkungen an. Dieser Grundsatz wird in dem Urteil des Bundessozialgerichts bestätigt. Diagnosen und die Feststellung von Funktionsstörungen werden als Zwischenschritte deutlich gemacht. Das Bundessozialgericht formuliert in diesem Urteil und dem folgenden Beschluss wiederkehrend (sinngemäß): Im Rahmen eines Rentenverfahrens kommt es nicht auf die Diagnose an; es muss vielmehr der negative Einfluss von dauerhaften Gesundheitsstörungen auf das verbliebene Leistungsvermögen geprüft und dargetan werden.

¹¹² Gagel zum "Urteil des BSG vom 26.3. 2003 - B 3 RK 26/02 R -" in Gagel/Schian, Diskussionsforum A Info Nr. 3/2003 unter: <http://www.iqpr.de>.

Erwerbsminderung ist also ein finaler Begriff. Das hat zum einen zur Folge, dass Krankheitsdiagnosen nicht ausreichen, zum anderen aber, dass sie u.U. sogar entbehrlich sind. Diagnosen sagen etwas über Funktionsstörungen, beschreiben aber noch nicht die Leistungsfähigkeit. Diese Überlegungen hat das Bundessozialgericht mit dem vorliegenden Urteil unterstrichen.

Das Bundessozialgericht hat jedoch außerdem aufgespürt, dass die Diagnose auch im Rahmen einer finalen Leistungsfeststellung dann eine herausragende Bedeutung gewinnt, wenn dadurch Art und Umfang der Untersuchung und die Bewertung der Befunde entscheidend beeinflusst wird. Es hat dies generell für das psychologische und psychiatrische Fachgebiet ausgesprochen. Damit greift es zu weit aber auch zu kurz. Zu kurz greift es, weil derartige Einflüsse der Diagnose auch in anderen medizinischen Fachbereichen nicht ungewöhnlich sind, zu weit, weil nicht alle Beurteilungen auf psychiatrisch-psychologischem Fachgebiet von der Diagnose abhängig sind. Es darf sogar bezweifelt werden, ob überhaupt die Diagnose im Bereich psychiatrisch-psychologischer Begutachtung eine größere Bedeutung hat, als in anderen Bereichen.

3.6 Resümee Erwerbsminderung im Rentenverfahren

Die gesamte Materialzusammenstellung hat sich mit der Umsetzung des Gedankens „Prävention und Rehabilitation zur Verhinderung von Erwerbsminderung“ im EM-Antragsverfahren beschäftigt. Es wurde exemplarisch skizziert, wie der Verfahrensablauf und die Begutachtung bei Anträgen auf Renten wegen Erwerbsminderung zu gestalten sind (vgl. Kap. 3.4).

Der **Verfahrensablauf** sollte gekennzeichnet sein durch:

- die Umsetzung der neuen Verfahrensanforderungen nach § 8 SGB IX,
- umfassende Beratung,
- Case-Management in geeigneten Fällen und
- die Filterung der Rentenfälle, bei denen Leistungen zur Teilnahme in Betracht kommen.

Die dargestellten Überlegungen zum Verfahrensablauf in Rentenverfahren zeigen, dass der Weg der Umsetzung des SGB IX noch weit und schwierig ist. Er enthält schon rechtlich viele weitblickende Neuerungen, die sich erst langsam erschließen und an praktischen Fällen entwickelt und deutlich gemacht werden müssen¹¹³.

Eine wesentliche Aufgabe ist die ausreichende Information und Schulung der Akteure und die Schaffung des Bewusstseins für die Notwendigkeit der Kooperation und der Vernetzung der Leistungen sowie der dafür verantwortlichen Institutionen. Eine besondere Stellung nimmt in dem vorgeschlagenen Verfahrensablauf der mit mehr Verantwortung ausgestattete Rentensachbearbeiter ein. Er steuert das Verfahren und trägt die notwendigen Informationen zusammen. Nicht weniger dringlich erscheint die Schulung und Motivierung der am Verfahren beteiligten Ärzte und die Schaffung eines Konzepts für die Beratung der Arbeitgeber und der sonstigen betrieblichen Akteure.

Für die Rentenversicherungsträger bilden die neuen Anforderungen somit eine große Herausforderung. Es geht vor allem darum, den gestiegenen Beratungsanforderungen und der Verpflichtung zur trägerübergreifenden Bearbeitung Rechnung zu tragen und dabei dem Selbstbestimmungsrecht der behinderten Menschen einen hohen Stellenwert beizumessen. An dieser Stelle ist noch einmal zu betonen, dass dazu in jedem Fall ein eingehendes Bera-

¹¹³ Siehe hierzu die unterschiedlichen Diskussionsforen des IQPR unter <http://www.iqpr.de/iqpr/seiten/diskussionsforen/diskussionsforen-de.asp>.

tungsgespräch geboten ist (vor oder nach dem Antrag). Das zentrale praktische Problem ist dabei, die Fälle, in denen intensivere Beratung und evtl. die Erbringung von Leistungen zur Teilhabe in Betracht kommen, von den „reinen“ Rentenfällen zu trennen.

Die beschriebenen Qualitätsstandards – Dialogführung, Überprüfung von Leistungen zur Teilnahme in allen Verfahren, die einen Menschen mit Behinderung betreffen, umfangreichere Informationseinholung vor der Entscheidung, transparentere Entscheidungsfindung insbesondere bezogen auf die Begutachtung – gelten nicht nur für die Rentenversicherung, sondern auch für alle anderen Rehabilitationsträger. Die Rentenversicherung ist als letztes Glied in der Kette in einer schwierigen Position. Sie hat die Versäumnisse, die in den vorherigen Verfahren unter Umständen gemacht worden sind, nachzuholen. Es ist daher in Erwägung zu ziehen, ob die ihr dadurch entstehenden Kosten den Rehabilitationsträgern, die ihrer Verpflichtung nicht nachgekommen sind, in Rechnung zu stellen sind. Dies wäre gleichzeitig eine Grundlage für Verhandlungen in Bezug auf Vereinbarung von konkreten Qualitätsstandards, die für alle Rehabilitationsträger gelten. Wenn nämlich z.B. die Krankenkassen und Arbeitsämter den Sachverhalt umfassender ermittelten und die beschriebenen Anforderungen an Begutachtung einhielten, ließe sich die Informationserhebung durch die Rentenversicherung reduzieren bzw. auf den eigenen Beratungsauftrag konzentrieren. Solange dies aber nicht der Fall ist, haben die Rentenversicherungsträger die Last der anderen mitzutragen. Aus dieser Verantwortung kann man sie nicht entlassen und die Qualität auf Kosten der Versicherten herunterschrauben, denn die missliche Situation der oft jahrelangen Versäumnisse von Überprüfung der Erfolgsaussichten von Leistungen zur Teilhabe, unzureichender Aufklärung der Versicherten und Datenerfassung (Dokumentation) sowie der unbegründeten Motivation, einen Erwerbsminderungsrentenantrag zu stellen, haben nicht die Versicherten, sondern andere Akteure – u.a. Arbeitgeber bzw. die früher mit dem Fall befassten Rehabilitationsträger – verursacht.

Bei der Definition von Standards bezogen auf die Qualitätssicherung in der Sachbearbeitung von Erwerbsminderungsrentenfällen durch die verschiedenen Mitarbeiter der Rentenversicherungsträger – Sachbearbeiter, Dezernent, Gutachter – darf es nicht stehen bleiben. Der nächste Schritt – diese Standards auch an die Praktiker weiterzugeben, mit diesen zu diskutieren und hierdurch auch Überzeugungsarbeit zu leisten bzw. die praktischen Probleme bei der Verwirklichung in die Überlegungen mit einzubeziehen bzw. auf regionale Unterschiede einzugehen – wurde bereits durch eine Reihe von Gesprächen mit Vertretern der Rentenversicherung angegangen. Jetzt gilt es, die Standards in einem Pilotprojekt in Zusammenarbeit mit einer Rentenversicherung in der Praxis zu erproben, um weitere Erfahrungen zu sammeln und diese dann auszuwerten.

Davon unabhängig ist es die Aufgabe der Rentenversicherungsträger, auf dieser Grundlage neue Strukturen zu entwickeln und auszuprobieren, damit alsbald eine Erfahrungsgrundlage vorhanden ist, auf der das Rentenverfahren und das SGB IX weiterentwickelt werden können. Der am 17.12.2003 zusammen mit Vertretern verschiedener Rentenversicherungsträger erarbeitete Vorschlag – dem ein Diskussionsprozess vorangegangen war - zeigt erste ermutigende Ansätze insbesondere bei der Ausgestaltung der Antragsannahme und der Gestaltung des Ablaufs der Begutachtung. Eine Umsetzung selbst dieser Vorschläge erfordert aber noch intensive Überzeugungsarbeit und Maßnahmen zu ihrer Umsetzung. Immerhin ist ein Anfang gemacht, der die Möglichkeit einer Veränderung des Verfahrensablaufs bei den Rentenversicherungsträgern näher rücken lässt.

Bei der Begutachtung im EM-Verfahren sind zum einen die allgemeinen bereits dargelegten Aspekte für die Begutachtung der Teilhabe am Arbeitsleben zu beachten, die eine Umsetzung der Prinzipien und Anforderungen des SGB IX sichern. Zum anderen gilt es, die trägerspezifische Fragestellung des qualitativen Leistungsvermögens im Hinblick auf die Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes einzuschätzen. Die Reduktion der Leistungsfähigkeit auf den quantitativen Aspekt der Arbeitszeit ist nämlich problematisch, da die Dauer, über

die eine Leistung erbracht werden kann, von der Art der Tätigkeit abhängig ist. Als Beurteilungsmaßstab gelten „die üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes“ – diese Unschärfe eröffnet einen erheblichen Ermessensspielraum für den Gutachter und begrenzt somit die Objektivität in der Begutachtung.

Solange keine Konkretisierung des Beurteilungsmaßstabes durch entsprechende Analysen der Anforderungen des Voll- und Teilzeitarbeitsmarktes erfolgen, sollte sich der Gutachter wie folgt behelfen:

- *Zur Dokumentation der Erwerbsfähigkeit:* Vergleich des arbeitsbezogenen Leistungsprofils des Betroffenen mit dem Anforderungsprofil einer konkret (auf dem Arbeitsmarkt) vorkommenden Tätigkeit.
- *Zur Dokumentation der teilweisen Erwerbsminderung (3-6 Stunden) – bei bestehendem Arbeitsverhältnis:* Vergleich zwischen arbeitsbezogenem Leistungsprofil des Versicherten und Anforderungsprofil der zuletzt ausgeübten Tätigkeit unter Berücksichtigung von Veränderungsmöglichkeiten der zuletzt ausgeübten Tätigkeit und zwischen arbeitsbezogenem Leistungsprofil des Versicherten und Anforderungsprofil einer Teilzeittätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes, die der Versicherte noch ausüben kann.

Die Erstellung der Anforderungs- und Leistungsprofile sollte vom Gutachter im Dialog mit dem Betroffenen erfolgen.

Insgesamt zeigt sich, dass hohe Anforderungen an die Begutachtung gestellt werden. Um der Komplexität gerecht zu werden, bedarf es eines interdisziplinären Gutachterteams. Neben den medizinischen und funktionsanalytischen Kenntnissen sind psychologische, leistungsdiagnostische sowie trainingswissenschaftliche Kompetenzen erforderlich. Diese müssen hinsichtlich der oben dargelegten Schwierigkeiten des unscharfen Beurteilungsmaßstabes durch arbeitswissenschaftliche Kompetenzen ergänzt werden. Im Sinne des Gebots der Ökonomie ist im Einzelfall zu klären, wie umfangreich der Untersuchungsprozess zu gestalten ist. Dazu gehört auch, dass die Gutachter – wenn sie selbst nicht die Möglichkeit haben, den geschilderten Anforderungen gerecht zu werden – die nach der Begutachtung noch offenen Fragen formulieren und soweit wie möglich Vorschläge für weitere Sachaufklärung darlegen. Wichtig ist, dass die Lücken des Gutachtens – die sich u. a. aus Zeitdruck oder mangelndem Fachwissen etc. ergeben – transparent gemacht werden. Hilfreich wäre es, wenn die Gründe, aus denen die Lücken resultieren, offen gelegt würden.

Eine Optimierung des Gutachtenprozesses im EM-Antragsverfahren kann insofern Erwerbsminderung verhindern, als dem Betroffenen Chancen aufgezeigt und über Leistungen zur Teilhabe auch eröffnet werden.

Anhang

Fragenkatalog EM-Antragsteller

Begrüßung

- Hintergrund PRVE-Projekt

Vorgeschichte – wie hat sich der Prozess der Erwerbsminderung entwickelt?

- Ausgeübte **Tätigkeit**, Ausbildung
- Beginn und Entstehung der **Krankheit** (kann beurteilt werden, inwieweit die Probleme auf die Tätigkeit zurückgeführt werden können?)
- Durchgeführte **Behandlungen** außer möglicherweise LzT
- Wie sind Sie auf die **Idee** gekommen, einen Antrag auf EM-Rente zu stellen (Beschreibung des Prozesses)?
- Welche **Einflussfaktoren** gab es hierfür bzw. welche Gesichtspunkte waren letztlich für die Antragstellung auf EM-Rente ausschlaggebend?
- Mit welchen **Personen** bzw. **Institutionen** ist die Entscheidung, einen EM-Antrag zu stellen, diskutiert und abgewogen worden (wer hat Sie hier beraten)?
- Derzeitiger **Status** (EM-Rente, arbeitslos, wieder erwerbstätig etc.)?

Welche Leistungen zur Teilhabe wurden evtl. vor EM-Antragstellung erbracht?

- Leistungen zur **medizinischen** Rehabilitation
- Leistungen zur Teilhabe am **Arbeitsleben**
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der **Gemeinschaft**
- Gab es evtl. **Gründe**, dass angedachte Reha-Maßnahmen nicht in Anspruch genommen worden sind (z.B. Angst um den Arbeitsplatz, Zuzahlungen usw.)?
- Welche **weiteren** der folgenden **Gründe** können auf Sie ggf. zutreffen und Sie von der Inanspruchnahme von LzT ‚abhalten‘ (Faktoren siehe DRV-Schriften, Bd. 40, S. 122)
 - Priorität der eigenen Verhaltensänderung
 - Inanspruchnahme alternativer Angebote
 - Krankheitsverdrängung und Ablenkung
 - Resignation
 - Soziale Unterstützung zur direkten Beantragung einer EM-Rente
 - Aufforderung zur EM-Antragstellung durch einen anderen Kostenträger

Mit welchen Institutionen bestand bereits vor der Antragstellung **Kontakt** (z.B. Krankenkasse, Behindertenverbände, Hausarzt oder Facharzt, Rentenversicherung)?

- Welche **Beratungsleistungen** wurden von diesen Institutionen vermittelt?
- Wurde auf andere Organisationen **verwiesen** (Selbsthilfegruppen, andere Träger etc.)?

Wie ist das **Verwaltungsverfahren** hinsichtlich des Antrags auf EM-Rente erlebt worden?

- **Wo** haben Sie den Antrag auf EM-Rente gestellt?
- Sind bei der Antragstellung **Hinweise** gemacht worden, die über das Prozedere der Antragstellung und Bearbeitung hinausgegangen sind?
- Welche **Beratungsleistungen** wurden während des Verfahrens von der Rentenversicherung vermittelt?
- Mit welchen **Personen** hatten Sie im Laufe des Verfahrens Kontakt (z.B. Sachbearbeiter, Arzt etc.)
- Wie ist die Situation der **sozialmedizinischen Begutachtung** erlebt worden?
- Ist Ihnen der Grundsatz **’Reha vor Rente’** vermittelt worden?
- Wie lange hat der **Bearbeitungsprozess** gedauert?
- Welche **Einstellungs- oder Verhaltensänderungen** sind in dieser Zeit möglicherweise eingetreten?
- Wie haben Sie die **Beratungssituation** erlebt – Vergleich mit anderen Institutionen wie Bank, Einwohnermeldeamt, Finanzamt – als Bittsteller, Kunde, Partner?